



ООО СК «РЕСО-Шанс»
Москва, Нагорный проезд, 6, стр.3.
Телефон: +7(495)134-12-84
e-mail: reports@chance48.ru
<http://chance48.ru/>

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

СОДЕРЖАНИЕ ПАКЕТА ДОКУМЕНТОВ К ПРАВИЛАМ ДМС ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

ПРАВИЛА	3
1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	5
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	5
4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	5
5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	6
6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА.....	7
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	9
8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА.....	13
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	13
10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	15
11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	17
12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.....	20
13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.....	21
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	21
15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ.....	21
Приложение № 1 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ и УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»	23
УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ.....	23
Программа 1. БАЗОВЫЙ ВАРИАНТ СТРАХОВАНИЯ.....	25
Программа 2. АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПЛАНОВАЯ.....	26
Программа 3. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.....	26
Программа 4. РЕПАТРИАЦИЯ.....	27
Программа 5. РОДЫ.....	27
Программа 6. КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.....	28
Приложение № 2 «ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ДМС ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ»	30

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
ООО СК «РЕСО-Шанс»
Е.Л.Лурье
№ 13 от 24.09.2021 г.

Введены в действие с 01.10.2021 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее - Правила) ООО СК «РЕСО-Шанс» заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента, а так же членов их семей, временно или постоянно проживающих на территории Российской Федерации.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Договор страхования (Полис):** письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.
- 1.2. **Врач** – специалист с законченным высшим медицинским образованием по соответствующему профилю, не являющийся родственником Страхователя (Застрахованного) и действующий в рамках своей лицензии (сертификата) согласно установленному законодательству Российской Федерации.
- 1.3. **Медицинские услуги (медицинская помощь):** мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на лечение и диагностику заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, иммунопрофилактической, фармацевтической.
- 1.4. **Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.
- 1.5. **Неотложное медицинское состояние** – состояние здоровья, требующее оказания неотложной медицинской помощи, при отсутствии которой может наступить смерть, утрата трудоспособности Застрахованного или дальнейшее ухудшение состояния здоровья до состояния, нуждающегося в экстренной медицинской помощи.
- 1.6. **Хроническое заболевание** – заболевание, которое имеет один или более из перечисленных далее признаков:
 - имеет постоянное течение;
 - возможно возникновение обострений, рецидивов;
 - вызвано необратимыми, патологическими изменениями в организме;
 - необходимы специальные навыки больного для того, чтобы жить с заболеванием;
 - требуется реабилитационное лечение;
 - требуется поддерживающее медикаментозное лечение;
 - может повлечь частичную (остаточную) нетрудоспособность;

- может потребовать длительного периода наблюдения, курации врача, обследования, ухода.
- 1.7. **Несчастный случай** – одномоментное, кратковременное, внезапное воздействие внешних (механических, термических, химических) факторов, которое может быть однозначно идентифицировано, произошедшее помимо воли Застрахованного / Страхователя и повлекшее возникновение травм, иных расстройств здоровья, либо смерть Застрахованного.
 - 1.8. **Сервисный центр** - круглосуточный центр Страховщика или Сервисной компании, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями, и телефон которой указан в Договоре страхования
 - 1.9. **Территория страхования** – Российская Федерация, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по осуществлению страховой выплаты.
 - 1.10. **Регион постоянного проживания** – территория, расположенная в пределах административной границы населённого пункта страны, гражданином которой является Застрахованный или в которой Застрахованный имеет вид на жительство.
 - 1.11. **Медико-транспортная помощь** организуется Сервисным центром, с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного. Она организуется и проводится при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения из клиники, с указанием условий её проведения. Сервисный центр на основании медицинских документов принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации / эвакуации, её дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке, необходимости сопровождения и его виде (медицинское – врачом, фельдшером, либо гражданским лицом), необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.
 - 1.12. **Транспортировка** – перемещение застрахованного, необходимое ему по медицинским показаниям любым видом транспорта от места нахождения Застрахованного до лечебного учреждения.
 - 1.13. **Медицинская эвакуация** – перемещение застрахованного из одного медицинского учреждения в другое, располагающее необходимым медицинским оборудованием / персоналом для оказания медицинской помощи застрахованному в соответствии с его диагнозом и тяжестью состояния.
 - 1.14. **Медицинская репатриация** – медицинская транспортировка с территории Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта.
 - 1.15. **Посмертная репатриация** – транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата её проведения, определяются Сервисным центром. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.
 - 1.16. **Франшиза** - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.

- 1.17. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.
- 1.18. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.
- 1.19. **Страховая программа** - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования является имущественный интерес застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного или состояния застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.
 - 4.1.1. **Страховщик:** ООО СК «РЕСО-Шанс», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.
 - 4.1.2. **Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо или индивидуальный предприниматель, заключивший со Страховщиком договор страхования.
 - 4.1.3. **Застрахованное лицо:** физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно или временно находящиеся на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора.
- 4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, сервисные (ассистанские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования
 - 4.2.1. **Медицинские учреждения:** организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и имеющие

лицензию на право осуществления медицинской деятельности, привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

4.2.2. Сервисный центр.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является

5.1.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или иное учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.

5.1.2. возникновение у Застрахованного лица или третьих лиц непредвиденных расходов по медицинской или посмертной репатриации застрахованного, вызванной несчастным случаем или заболеванием.

5.2. Страховым случаем не является, и Страховщик не возмещает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу:

5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в Договоре страхования или выбор которых не был предварительно согласован со Страховщиком.

5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным умышленных противоправных действий;

5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

5.2.6. в связи с обращением Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО СК «РЕСО-Шанс»

5.2.7. если оказанные медицинские услуги не предусмотрены договором страхования;

5.2.8. если Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;

5.2.9. если расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;

- 5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:
 - 5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
 - 5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
 - 5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
 - 5.3.4. стихийными бедствиями.
 - 5.3.5. Беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами
- 5.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.
- 5.5. Также не являются страховым случаем события, и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, указанных в разделе «Условия предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования мигрантов» **Приложения №1** к Правилам.
- 5.6. Страховщик не возмещает стоимость дополнительных услуг, которые могут возникнуть при транспортировке и/или репатриации застрахованного:
 - 5.6.1. Расходы на связь с сервисным центром;
 - 5.6.2. Расходы по сопровождению застрахованного третьими лицами (оплата транспорта, проживания, страхования, питания, услуг переводчика);
 - 5.6.3. Расходы по переводу документов, поименованных в п.11.3 на русский язык
- 5.7. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие после:
 - 5.7.1. Отказа Застрахованного от медицинской репатриации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям и предложена Страховщиком (Сервисным центром) Застрахованному. В этом случае, Страховщик не оплачивает все виды расходов, возникших с даты предполагаемой медицинской транспортировки и разрешенной медицинской документацией.
 - 5.7.2. Отказа Застрахованного на перевод/транспортировку в другую клинику или медицинскую эвакуацию, если эта транспортировка была разрешена врачом, и не было медицинских противопоказаний для ее проведения предложенным способом. С момента этого отказа Страховщик не покрывает дальнейшие расходы на медицинские и иные услуги

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

- 6.1. Страховой **суммой** является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.
- 6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования. Страховая сумма устанавливается в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма).
- 6.3. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.
- 6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.
- 6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование

или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:

- 6.5.1. Предоставление выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику, и их нотариально заверенного перевода на русский язык;
 - 6.5.2. Предоставление Удостоверения об инвалидности, при его наличии;
 - 6.5.3. Предоставление справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;
 - 6.5.4. Предоставление результатов анализов, сданных застрахованным лицом не более, чем 1 месяц назад в целях приобретения патента или получения разрешения на работу
 - 6.5.5. Проведение за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.
- 6.6. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.
- 6.7. **Страховой тариф** представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) применяет к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.
- 6.8. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае, страховая премия уплачивается в рублях по курсу иностранной валюты, установленному Центральным Банком РФ на день уплаты (перечисления).
- 6.9. При заключении договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.
- 6.10. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.
- 6.11. Страховая премия уплачивается:
- 6.11.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;
 - 6.11.2. в наличной форме в кассу Страховщика.
- 6.12. Моментом уплаты страховой премии считается:
- 6.12.1. при безналичной оплате - день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо день списания денежных средств с расчетного счета Страхователя (в случае, если Страхователем является физическое лицо, признаваемое потребителем в соответствии с положениями Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей»);
 - 6.12.2. при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.
- 6.13. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.

- 6.14. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/ненадлежащим исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.
- 6.15. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная **франшиза**.
- 6.15.1. При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.
- 6.15.2. При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.
- 6.15.3. Франшиза определяется договором страхования по соглашению сторон в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.
- 6.15.4. В Договоре страхования также может быть установлена **временная франшиза** - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.
- 6.16. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя. При заключении договора страхования Страховщику должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.
В случае необходимости (по усмотрению Страховщика), помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления документов и сведений, указанных в п. 6.5 Правил.
- 7.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.
- 7.3. Договор страхования должен содержать следующие сведения.
- 7.3.1. Сведения о **Страхователе**.
- 7.3.1.1. 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));

7.3.1.2. 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;

7.3.1.3. Если Страхователем выступает **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.

7.3.2. Информацию 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)).
- 7.3.3. Сведения о **страховщике**:
- организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;
 - номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;
 - адрес (место нахождения);
 - телефон (факс);
 - адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";
 - банковские реквизиты;
 - фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.
- 7.3.4. **Реквизиты полиса ДМС трудовых мигрантов**:
- серия и номер бланка полиса ДМС трудовых мигрантов;
 - номер средства визуального контроля.
 - Дату заполнения полиса ДМС трудовых мигрантов.
 - Срок действия договора ДМС трудовых мигрантов.
 - Территорию действия договора ДМС трудовых мигрантов.
 - Размер страховой суммы.
 - Подпись страхователя.
- 7.4. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.
- 7.4.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.
- 7.4.2. Страховая программа, являющаяся приложением к Договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 7.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать Договор (Полис) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.
- 7.6. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования.
- 7.7. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в Сервисный центр Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховая полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 7.8. Договор страхования может быть заключен на любой срок. Срок страхования устанавливается исходя из предполагаемого срока действия патента/разрешения на работу или пребывания на территории РФ.
- 7.9. При заключении договора сроком:
- 7.9.1. менее одного года размер страховой премии составляет:

Срок действия договора страхования (в месяцах)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Страховая премия (в % от годовой премии)										
30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

- При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.
- 7.9.2. При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года, при этом неполный месяц считается за полный
- 7.10. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случаях:
- 7.10.1. истечения срока действия;
- 7.10.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (исчерпания страховой суммы);
- 7.10.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере (в порядке, предусмотренном п. 6.13 Правил);
- 7.10.4. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
- 7.10.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- 7.10.6. признания судом договора страхования недействительным;
- 7.10.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.
- 7.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
- 7.12. В течение срока действия Договора страхования изменение списочного состава застрахованных лиц (увеличение / уменьшение / замена) не производится.
- 7.13. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 10 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 7.14. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис.
- 7.15. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

$$НСП = \frac{\sum_{i=1}^n Bз \times (1 - K_{pвд})}{D_{опл}} \times D_k; \text{ где}$$

- НСП - Неиспользованная страховая премия
 n - количество оплаченных страховых взносов
 D_к - Число дней до окончания оплаченного периода
 Bз - Сумма фактически оплаченных страховых взносов
 K_{рвд} - Коэффициент расходов на ведение дела
 D_{опл} - Число дней оплаченного периода

- 7.16. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового

случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

- 7.17. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

- 8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.
- 8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п. 8.2 Правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 9.1. **Страхователь** (Застрахованное лицо) имеет право:
- 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
 - 9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
 - 9.1.3. получать медицинские услуги в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 9.1.4. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
 - 9.1.5. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
 - 9.1.6. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.
 - 9.1.7. Получать информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика.
- 9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;
 - 9.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска.
 - 9.2.2.1. При предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;
 - 9.2.2.2. При отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):
 - Наличии I-ой или II-ой группы инвалидности;
 - Наличии онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета
 - Наркозависимости, алкоголизме
 - 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
 - 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
 - 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
 - 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и не передавать его другим лицам для получения медицинских услуг;
 - 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
 - 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;
 - 9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.9.4.7 Правил в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.
 - 9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
 - 9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.2.10 Правил письменные согласия Застрахованных лиц
- 9.3. Страховщик обязан:**
- 9.3.1. ознакомить Страхователя с Правилами;
 - 9.3.2. выдать страховой полис Страхователю;
 - 9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
 - 9.3.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.
 - 9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
 - 9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
 - 9.3.8. соблюдать тайну страхования;
 - 9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.9.1.5 Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.

- 9.3.10. Предоставлять Страхователю/застрахованному информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика
- 9.3.11. По запросу Страхователя/ застрахованного, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить с положениями Разделов 10, 11 настоящих Правил страхования
- 9.4. Страховщик имеет право:
- 9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- 9.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.9.2 Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;
- 9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения и компетентные органы о факте и причинах страхового случая. При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения, в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы, приостанавливается до момента получения ответа, но не более, чем на 30 дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный пп.11.14, 11.7 настоящих Правил;
- 9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.);
- 9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;
- 9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
- 9.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
- 9.4.7.1. эти затраты явились следствием ложного вызова скорой медицинской помощи или ложного вызова врача на дом Страхователем (Застрахованным лицом); неявки Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование, либо
- 9.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп.5.2, 5.3 Правил)
- 9.4.8. самостоятельно принимать решение о признании или непризнании услуг, указанных в п.9.4.7.2 Правил, необходимыми.
- 9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 9.4.10. в случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса потребовать возмещения затрат, возникших и понесенных Страховщиком при изготовлении дубликата полиса.

10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. Сервисный центр, при наступлении страхового случая, содействует в организации медицинской и иной помощи Застрахованному, информирует его о порядке предоставления этой помощи, даёт рекомендации по дальнейшим действиям.
- 10.2. Для получения медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Застрахованный (его Представитель) обязан:
 - 10.2.1. Обратится в Сервисный центр по круглосуточным телефонам, указанным в Договоре страхования и сообщить следующую информацию:
 - Фамилию Имя Отчество Застрахованного
 - Дату рождения Застрахованного
 - Номер страхового полиса
 - Описать возникшую проблему, обстоятельства, жалобы, характер требуемой медицинской или иной помощи
 - Сообщить точное местонахождение Застрахованного - адрес, название учреждение, контактный телефон
 - Ответить на иные вопросы специалиста Сервисного центра
 - 10.2.2. Строго следовать инструкциям сотрудника Сервисного центра, согласовывать все свои действия.
 - 10.2.3. Предъявить в медицинском учреждении страховой Полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность с фотографией при получении услуг, организованных Сервисным центром.
 - 10.2.4. Не давать в залог паспорт и иные документы; не давать расписки и не брать на себя обязательства по оплате медицинских услуг без согласования с Сервисным центром.
 - 10.2.5. Оплатить сумму франшизы, если она предусмотрена Договором страхования.
 - 10.2.6. Соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный в медицинском учреждении.
 - 10.2.7. При наступлении страхового случая дать согласие на медицинскую репатриацию в регион страны постоянного проживания, если лечение не окончено, но на основании документации медицинского учреждения, где Застрахованный получает лечение, она возможна. Отказ Застрахованного дать это согласие, влечет утрату прав Застрахованного на покрытие Страховщиком любых дальнейших расходов, связанных с его случаем. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской репатриации в случае отказа Застрахованного от медицинской репатриации.
 - 10.2.8. Подписать по указанию Сервисного центра документы, подтверждающие согласие Застрахованного на доступ Страховщика или его представителя к любой информации о состоянии его здоровья, оказанных медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов. Форма согласия представляется клиникой и/или Сервисным центром.
 - 10.2.9. В отдельных случаях, когда невозможно организовать медицинские и иные услуги без оплаты на месте, и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Застрахованный сам оплачивает услуги, организованные Сервисным центром или предварительно согласованные с ним. После чего подаёт Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховом возмещении, в порядке определённым Правилами и Договором страхования.
 - 10.2.10. Застрахованный (его Представитель), при невозможности обратиться в Сервисный центр в момент наступления страхового события (или носящим признаки такого) должен сделать это при первой возможности.
- 10.3. Страховщик не несёт ответственности за качество оказанных медицинских услуг.
- 10.4. В случае самостоятельного обращения Застрахованного в медицинское учреждение для получения медицинских услуг без согласования с Сервисным

- центром, Страховщик оставляет за собой право принять решение о степени участия последнего в урегулировании убытков по данному случаю.
- 10.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 10.6. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/ Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается до получения ответа, но не более, чем на 30 дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный п.11.14 **Ошибка! Источник ссылки не найден.** настоящих Правил.

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 11.2. Страховщик при наступлении страхового случая, производит страховую выплату путём оплаты и/или возмещения расходов за медицинские и иные услуги только в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования, организованные или предварительно согласованные и санкционированные Сервисным центром:
- 11.2.1. Напрямую медицинскому учреждению или иной организации либо Сервисной организации, организовавшей или оказавшей услуги по поручению Страховщика. Страховщик оплачивает Счет, выставленный в соответствии с данными им гарантиями за организацию и оказание медицинской и иной помощи, путём перечисления денежных средств безналичным путём.
- 11.2.2. Застрахованному путём возмещения понесённых расходов, если он сам оплатил услуги, организованные Сервисным центром или санкционированные им, и предоставил Страховщику все необходимые документы, предусмотренные настоящими Правилами и Договором страхования для рассмотрения вопроса о страховой выплате. Возмещение понесенных расходов осуществляется путём безналичного перечисления денежных средств на счет Застрахованного, либо наличными через кассу Страховщика при предъявлении документа, удостоверяющего личность.
- 11.3. Для рассмотрения вопроса о возмещении понесённых расходов, Страхователь/Застрахованный предоставляет Страховщику оригиналы следующих документов:
- 11.3.1. Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;
- 11.3.2. Страховой полис;
- 11.3.3. Медицинская выписка Застрахованного из медицинского учреждения с указанием: Фамилии, Имени, Отчества Застрахованного, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и

- результатов проведённых инструментальных и лабораторных обследований, проведенного лечения, динамики состояния, сроков лечения, рекомендациями, при стоматологической помощи необходимо указать какие именно зубы подверглись лечению;
- 11.3.4. Выписанные врачом рецепты на приобретение лекарственных препаратов, с указанием Фамилии Имени Отчества Застрахованного и врача, название лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта;
 - 11.3.5. Направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
 - 11.3.6. Счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке с соответствующим штампом), с указанием Фамилии, Имени и, при наличии, Отчества пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с детализацией по дате и стоимости, а так же общей суммы к оплате. Для рассмотрения вопроса о страховом возмещении от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;
 - 11.3.7. Счета транспортных и иных компаний, услугами которых пользовался Застрахованный для организации медицинской помощи;
 - 11.3.8. Счета организаций, занимавшихся репатриацией (в том числе, посмертной) Застрахованного с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
 - 11.3.9. Документы, подтверждающие факт оплаты предоставленных счетов;
 - 11.3.10. Посадочные талоны;
 - 11.3.11. Проездные документы;
 - 11.3.12. Полицейский протокол и/или иной документ его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью / смерти третьим лицам, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);
 - 11.3.13. Информационную карту с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным путём;
 - 11.3.14. Документы, подтверждающие родство с Застрахованным;
 - 11.3.15. Свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетнего / недееспособного лица;
 - 11.3.16. Документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр;
 - 11.3.17. Подтверждение об обстоятельствах смерти (месте, причине и дате), месте захоронения;
 - 11.3.18. выписка (эпикриз) из стационара в случае, если смерть наступила при нахождении в стационаре или в течение 10 дней после госпитализации, и заверенный подписью и печатью медицинского учреждения;
 - 11.3.19. Медицинское заключение о смерти, свидетельство о смерти;
 - 11.3.20. Договор с похоронной организацией на подготовку и транспортировку тела умершего (груз-200) /урны, квитанции/чеки об оплате;
 - 11.3.21. Грузовая накладная и заявка отправителя о транспортировке тела (груза-200)/урны;
 - 11.3.22. Документальное подтверждение о проведении бальзамирования/кремации, стоимости услуги, квитанции/чеки об оплате;
 - 11.3.23. Документальное подтверждение о необходимости приобретения гроба/урны и иных расходных материалов для транспортировки тела/праха;
- 11.4. Прилагаемые медицинские и финансовые документы из медицинских и иных учреждений должны быть подлинными, оформленными на фирменном бланке учреждения, с указанием его названия, адреса, контактов, с соответствующими подписями и печатями.
- 11.5. Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на

русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь перевод на русский язык, заверенный нотариально или специализированной организацией, осуществляющей перевод документов с иностранных языков (бюро переводов). Расходы по сбору документов и их переводу оплачивает заявитель. Медицинские документы предоставляются в виде оригиналов, заверенных штампом и печатью лечебного учреждения, подписью врача с расшифровкой фамилии (подписью и печатью врача), либо в виде копий, заверенных должностным лицом медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

- 11.6. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, страховщик обязан:
- принять их, но при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
 - уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.
- 11.7. Страховщик в течение 15 дней банковских дней с момента получения всех необходимых документов, рассматривает заявление на страховую выплату и по истечении этого срока:
- Либо принимает решение о полной страховой выплате;
 - Либо принимает решение о частичной страховой выплате (с письменным уведомлением Застрахованного / его Представителя);
 - Либо отказывает в выплате страхового возмещения (с письменным уведомлением Застрахованного / его Представителя);
 - Либо отсрочивает срок выплаты для проведения дополнительного расследования, в том числе сделав запросы на получение дополнительных документов, информации (с письменным уведомлением Застрахованного / его представителя)
- 11.8. В случае принятия Страховщиком решения о полной или частичной страховой выплате в соответствии с п.11.7, Страховщик производит выплату в течение 5-ти банковских дней.
- 11.9. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением, Страховщик вправе требовать предоставления документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, а также доверенность от заявителя на получение страховой выплаты. В этом случае, срок принятия решения начинается течь не ранее получения страховщиком данного документа.
- 11.10. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.
- 11.11. Решение об отказе (частичном, полном) в страховом возмещении, а также об отсрочке принятия решения по данному случаю принимается Страховщиком на основании Правил и Договора страхования и сообщается Застрахованному/его Представителю в письменной форме с обоснованием причин отказа.
- 11.12. Заявление о возмещении понесенных Застрахованным расходов на оплату оказанной медицинской помощи принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг;
- 11.13. Оплата стоимости медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими и/или иными учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и/или иных услуг по ценам, согласованным между

- Страховщиком и медицинским и/или иным учреждением, после выставления медицинским и/или иным учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.
- 11.14. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским и/или иным учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским и/или иным учреждением не установлено иное.
- 11.15. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских и/или иных учреждений только в пределах страховой суммы.
- 11.15.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг сверх страховой суммы, эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования
- 11.15.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских и/или иных услуг в медицинских и/или иных учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 11.15.3. В случае, когда остатка страховой суммы по риску не достаточно для оплаты расходов Застрахованного, связанных со страховым случаем (например, стоимость репатриации превышает остаток страховой суммы), Страховщик возмещает Застрахованному, а в случае его смерти - законному представителю или оплачивает учреждению, понесшему реальные расходы по урегулированию страхового случая, часть расходов, равную величине оставшейся страховой суммы.
- 11.16. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:
- 11.16.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,
- 11.16.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, в том числе, посмертной, а также, с предоставлением самих медицинских услуг;
- 11.16.3. за лекарственные средства и расходные материалы, полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой
- 11.16.4. за койко-день при стационарном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;
- 11.16.5. по душевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.
- 12.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:
- 12.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;
- 12.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.
- 12.3. Действие договора страхования (полностью или частично) досрочно прекращается 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.

- 12.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления 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.

13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 13.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
- 13.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.
- 13.3. Внесение изменений и дополнений в условия Договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.
- 13.4. Страхование иностранных граждан для целей получения патента/разрешения на работу осуществляется с учетом норм и правил действующего законодательства.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 14.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке.

15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ

Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем/застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

При наличии разногласий между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь/застрахованный направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя/Застрахованного.

Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя/Застрахованного заявления о страховом случае.

Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Страхователь/Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя/Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение тридцати дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

Приложение № 1 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ и УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»

к Правилам ДМС
трудоустроенных мигрантов
от 24.09.2021 г.

УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

I. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови и лимфы, любые опухоли нервной системы, их осложнения и последствия;
2. особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТРОС, туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатит В и С, ВИЧ, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения);
3. заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
4. урогенитальные инфекции (обследование сверх указанного объема, повторное обследование и лечение);
5. психические расстройства и их последствия; эпилепсия; наркомания, алкоголизм;
6. саркоидоз, муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
7. хронические гепатиты, цирроз печени; почечная/печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
8. заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения, ортопедические операции и их осложнения;
9. сахарный диабет I и II типов и его осложнения;
10. врожденные аномалии и пороки развития; наследственные и генетические заболевания;
11. системные заболевания соединительной ткани, ревматические заболевания и их последствия (в том числе воспалительные полиартриты);
12. демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы.

II. РЕСО-ШАНС НЕ ВОЗМЕЩАЕТ СТОИМОСТЬ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИНЫХ УСЛУГ:

13. любые назначения без медицинских показаний, либо по плановым показаниям, либо без предварительного согласования со страховщиком;
14. высокотехнологичная медицинская помощь;
15. медицинская помощь на дому;
16. методы традиционной диагностики, экспериментальные/авторские методики лечения и диагностики, в т.ч. не имеющие «Разрешения на применение новых медицинских технологий», выданного Росздравнадзором; фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ, и т.д.;
17. услуги, оказываемые в профилактических, косметических, оздоровительных целях; массаж; специфическая иммунотерапия; тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, сауна, солярий, бальнеолечение и прочее;
18. экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, аутогемотерапия, плазмаферез, гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо- и нормобарическая оксигенация; манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов; роботоассистированные операции; криотерапия, прессотерапия и лимфодренаж, альфа-капсула, ударно-волновая терапия;
19. услуги психотерапевта, гипноз;
20. коррекция веса, речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии;
21. контрацепция; искусственное оплодотворение; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;
22. беременность и ее патология; роды, аборт, послеродовой период;

23. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической / косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, бородавки, моллюски, невусы и пр.); лечение осложнений, вызванных проведенными косметическими процедурами/операциями.
24. В стоматологии: лечение зубов по плановым показаниям без острой боли; все виды протезирования и подготовка к нему;
25. хирургическое лечение заболеваний пародонта, ортодонтия; депоферез; имплантация зубов;
26. госпитализация в маломестные палаты и палаты повышенной комфортности, надбавки за степени и должности врачей, услуги дневного стационара, стационара одного дня, подготовка к госпитализации и стационарзамещающие манипуляции/технологии; госпитализация для получения попечительского ухода, либо реабилитационного лечения;
27. обследование с целью выдачи справок на вождение автомобиля, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; для приобретения банковских и иных страховых продуктов, для военкоматов;
28. покрытие расходов на дорогостоящие лекарственные препараты, расходные материалы и медицинские изделия (кроме применяемых при реанимационных мероприятиях и перечисленных в страховой программе), лекарственные препараты, приобретаемые в аптеке за счет средств застрахованных, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, протезы, дополнительные медицинские устройства и приспособления, в т.ч. требующиеся в ходе оперативного вмешательства; а также других корректирующих устройств и приспособлений, включая расходы на подгонку размеров;
29. лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;
30. услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в п.п. 1, 2;
31. медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача.
32. медицинские услуги, оказанные не в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и Стандартами медицинской помощи, закрепленным Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
33. стационарное лечение, связанное с проведением: кардиохирургических операций, трансплантации органов и тканей, сложных реконструктивных операций (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов и т.д.); пластических операций, нейрохирургических операций (кроме оперативного лечения острых травм); преодоление последствий оперативных вмешательств, произведенных не по полису ДМС от ООО СК «РЕСО-Шанс»; ангиографические исследования; лечение/ профилактика иных заболеваний, не явившихся причиной госпитализации.
34. Расходы по медицинской или посмертной репатриации не организованной и/или не санкционированной Сервисным центром

СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ

Услуги по каждой из страховых программ предоставляются на базе медицинских и иных учреждений по выбору Страховщика и по предварительному согласованию с ним.

Страховые программы предусматривают применение необходимых медикаментов, расходных материалов, медицинской техники и оборудования при оказании медицинских услуг, если иное не указано в договоре страхования.

Страховые программы конкретных договоров страхования могут предусматривать дополнительные ограничения в виде:

- отсрочки начала действия полиса;
- временной или денежной франшизы на перечисленные риски/услуги/виды помощи;
- ограничения по количеству предоставляемых услуг в течение срока действия полиса;

- ограничения по подлежащим оплате видам медицинских услуг;
- ограничения по страховым диагнозам;
- лимиты и подлимиты страховых сумм;
- ограничения по регионам действия;
- иные ограничения.

Программа 1. БАЗОВЫЙ ВАРИАНТ СТРАХОВАНИЯ

Базовый вариант страхования разработан на основании **Указания ЦБ РФ от 13.09.2015 г. №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» и применяется при страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

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;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения;
- 19) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

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

- a. лекарственных препаратов (орфанных и биологических), включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;
- b. медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- c. донорской крови и ее компонентов.

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ

I. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ оказывается в амбулаторных условиях по неотложным показаниям и включает в себя:

- приемы врачей специалистов: терапевта; гинеколога; кардиолога; невролога; отоларинголога; офтальмолога; уролога; хирурга; травматолога, пульмонолога, эндокринолога;
- медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача справок по форме 095-у;
- лабораторная диагностика: биохимический анализ крови; клинический анализ мочи; клинический анализ крови; микроскопическое исследование мазков
- инструментальные методы исследования: рентгенологические методы исследования; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопические исследования;

II. СТОМАТОЛОГИЯ по неотложным показаниям: прием врача стоматолога; купирование острого состояния: обезболивание; удаление зубов; купирование острого пульпита; вскрытие абсцесса;

III. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ Вызов бригады скорой медицинской помощи, купирование неотложных состояний, транспортировка в стационар.

IV. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ в неотложной форме

При госпитализации Страховщик оплачивает лечение основного заболевания, послужившего причиной госпитализации и проведенного согласно утвержденному Минздравом РФ стандарту оказания медицинской помощи по данному профилю заболевания. Госпитализация осуществляется на свободные места стационара в отделение по профилю заболевания:

- пребывание на койке в стационаре (питание, медикаментозное лечение); консультации специалистов; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика и лечение; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; реанимационные мероприятия.

Программа 2. АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПЛАНОВАЯ

Программой предусмотрена амбулаторная медицинская помощь по плановым медицинским показаниям. Программа предлагается в дополнение к Базовому варианту страхования.

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ

- амбулаторные приемы врачей специалистов;
- медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача справок по форме 095-у;
- лабораторная диагностика;
- инструментальные методы исследования;
- проведение профилактических прививок согласно национальному (российскому) календарю прививок (только для детей)

Программа 3. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В рамках программы предусмотрено лечение кариеса и/или его осложнений.

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ

- консультации врачей-стоматологов: терапевта, хирурга;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая, интралигаментарная, внутривульварная);
- диагностика: рентгеновизиография (дентальные снимки);

- терапевтическая стоматология: механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов; пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения;
- экстренная стоматология: снятие коронок и мостовидных протезов при острой боли в целях дальнейшего лечения зуба; обезболивание при острых состояниях; удаление зубов; лечение перикоронита; лечение острого пульпита;

НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ

- медицинская документация: выдача листов нетрудоспособности;
- терапевтическая стоматология: использование горячей гуттаперчи; использование термофилов;
- хирургическая стоматология: удаление дистопированных, ретенированных зубов;
- профилактические мероприятия: снятие зубных отложений;
- депоферез;
- имплантация зубов; проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема; подготовка к протезированию; все виды протезирования; косметология полости рта (отбеливание зубов, снятие налета курильщика и др. налетов); стоматологическая пластика;

Программа 4. РЕПАТРИАЦИЯ

Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата её проведения, определяются Сервисным центром.

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ

- медицинская транспортировка/эвакуация Застрахованного до ближайшего медицинского учреждения;
- медицинская транспортировка Застрахованного в другое медицинское учреждение по медицинским показаниям;
- репатриация в страну постоянного проживания или гражданства при наличии медицинских показаний;
- транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая.
- Покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе, на приобретение гроба/урны, бальзамирование или кремацию тела, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы

НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ / НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ

- транспортировка/эвакуация/репатриация без наличия медицинских показаний; при наличии медицинских противопоказаний; по желанию Застрахованного;
- Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания
- Расходы на сопровождение гроба/урны родственником или иным доверенным лицом умершего застрахованного.

Программа 5. РОДЫ

Страховым случаем является наступление родовой деятельности при условии физиологического протекания беременности; отсутствия общей патологии, требующей наблюдения в специализированном учреждении. При госпитализации обязательно наличие «Обменной карты».

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ

- медицинские услуги, предоставляемые в стационаре: использование одноразового инструментария; ведение родов бригадой врачей; пребывание роженицы и новорожденного в роддоме;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование, кардиомониторинг плода;

НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ

- медицинские услуги, предоставляемые до госпитализации: прием акушера-гинеколога с составлением плана предстоящих родов (роды через естественные пути); исследование на носительство HBs и HBc антигенов, RW, ВИЧ, гемостазиограмма; клинический анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора; УЗИ плода;
- медицинская документация: выдача родового сертификата;
- проведение планового родоразрешения путем операции "кесарево сечение"; ведение женщин, имеющих экстрагенитальную патологию (гнойно-септические очаги, любой локализации; пороки сердца с нарушением кровообращения; сахарный диабет; заболевания почек с нарушением их функций; тромбоз; тромбофлебит; бронхиальная астма; резус-несовместимость);

Программа 6. КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Медицинская помощь может оказываться в медицинском учреждении или вне его, в том числе с использованием средств удаленного доступа, телемедицины и др.

Медицинская помощь по программе 6 включает следующие работы и услуги, носящие консультационно-диагностический или экспертный характер:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности гистология;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по диализу;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по косметологии терапевтической, хирургической;
- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности логопедия;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности наркология;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нейрохирургия;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психиатрия;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по применению методов традиционной медицины;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности радиология;

- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности гигиена;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности торакальная хирургия;
- ◆ по специальности трансплантология;
- ◆ по специальности трансфузиология;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология и андрология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по специальности эпидемиология (паразитология);
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по экспертизе на право владения оружием;
- ◆ по экспертизе связи заболеваний с профессией;
- ◆ по предрейсовым медицинским осмотрам водителей транспортных средств;
- ◆ по предварительным и периодическим медицинским осмотрам;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям
- ◆ по экспертизе профпригодности
- ◆ по экспертизе для разрешения на работу на тер. РФ
- ◆ по наркологической экспертизе
- ◆ по экспертизе качества мед.помощи
- ◆ по экспертизе состояния здоровья

Приложение № 2 «ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ДМС ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ»

к Правилам ДМС
трудоустроенных мигрантов
от 24.09.2021 г.

Бланк полиса ДМС трудоустроенных мигрантов разработан на основании действующего Законодательства.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

**Полис № _____ от _____.20__ г.
Добровольного медицинского страхования "ДМС-Трудовой. Шанс"**

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования между ООО СК «РЕСО-Шанс», **Лицензия СЛ №0013** от **27.03.2017** г. в лице _____, действующего на основании _____ и гр. _____,

Полис заключен на основании устного заявления Страхователя и в соответствии со страховой программой и Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов ООО СК «РЕСО-Шанс».

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «РЕСО-Шанс»

Адрес местонахождения	117105, г.Москва, Нагорный проезд, д.6, стр.3
Банковские реквизиты	
Контактные данные	+7(495)134-12-84, reports@chance48.ru

Страхователь

ФИО / Наименование Юридического лица, ФИО подписанта и документ-основание		Пол	
Адрес места жительства/регистрации		Дата рождения	
Паспорт, кем и когда выдан		Телефон	
Банковские реквизиты		ИНН	
Гражданство		Для ИП: дата гос.рег и данные документа о внесении в ЕГРИП	

Застрахованный:

ФИО		Пол	
Адрес места жительства			
Дата рождения		Пол	
Паспорт, кем и когда выдан			
Гражданство		Телефон	
Регион действия патента		E-mail	

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями договора страхования и в период его действия в медицинские учреждения, согласованные со Страховщиком за медицинскими и/или иными услугами по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, состояния, обострения хронического заболевания, травмы, отравления, требующего оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

Вариант страхования	Страховая программа	Страховая сумма на 1-го Застрахованного на весь срок действия полиса	Территория страхового покрытия
Базовый	Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме		
Дополнительный	Репатриация		
	Стоматологическая помощь расширенная Амбулаторная помощь расширенная		
Страховая премия на 1-го Застрахованного, руб.			

Срок действия полиса:

с _____ по _____ включая обе даты

ИНЫЕ УСЛОВИЯ: Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов ООО СК «РЕСО-Шанс» размещены на сайте РЕСО-Шанс www.chance48.ru разделе «Страхование» → «Правила страхования».

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку, использование и передачу Страховщиком персональных данных, в том числе специальных персональных данных, необходимых для исполнения Страховщиком своих обязательств по настоящему Полису в полном объеме. Не возражаю против публикации реквизитов полиса на сайте РЕСО-Шанс в целях проверки его подлинности.

Застрахованный: _____ (_____) / ____/____ г.
Подпись _____ ФИО _____ Дата _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Страхователь согласен на заключение договора страхования (полиса) с факсимильным воспроизведением печати и подписи представителя Страховщика на настоящем экземпляре
С правилами и условиями страхования ознакомлен и согласен

Страховщик: ООО СК «РЕСО-Шанс»

Представитель Страховщика

_____/_____/____ /_____/_____/____
Ф.И.О.

Дата заполнения полиса

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Генерального директора
ООО СК «РЕСО-Шанс»
Лурье Е.Л.
№ 13 от 24.09.2021 г

Действует с **01.10. 2021 г,**

МЕТОДИКА И РАСЧЕТ БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Расчет страховых тарифов производился на основании актуарных стандартов, утвержденных Советом по актуарной деятельности, а также в соответствии с «Методикой расчета страховых тарифов по видам страхования иным, чем страхование жизни» ООО СК «РЕСО-Шанс».

При определении страховых тарифов применялась методика, приведенная в Приложении 1 «Методики расчета страховых тарифов по видам страхования иным, чем страхование жизни» ООО СК «РЕСО-Шанс»

Данные представлены в единой валюте – российский рубль. Данные являются статистически репрезентативными. Убытки являются достаточно однородными в рамках одной программы, поэтому дополнительного деления на обычные и крупные убытки не производится. Расчет страховых тарифов приведен на базе годового полиса. Величина «Страховое возмещение» отражает в себе полный убыток (с учетом развития и расходов на урегулирование).

В данном виде страхования отсутствуют катастрофические убытки. Убытки являются достаточно однородными в рамках одной программы, поэтому дополнительного деления на обычные и крупные убытки не производится.

Расчет базовых страховых тарифов

Данные получены специалистами ООО СК «РЕСО-Шанс» от страховых организаций, занимающихся добровольным медицинским страхованием трудовых мигрантов, а также на основе собственного опыта страхования по подобным правилам страхования.

В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, согласно Приложению 1, страховыми программами являются:

1. «Базовый вариант страхования»
2. «Амбулаторная помощь плановая»
3. «Стоматологическая помощь»
4. «Репатриация»
5. «Роды»
6. «Консультативно-диагностическая помощь»

Была проведена оценка вероятности наступления страхового события q , а также оценка средней страховой суммы S руб. и среднего страхового возмещения при наступлении страхового события – S_v руб.

S - средняя страховая сумма по договору страхования, оценивалась как отношение «Страховой суммы по заключенным договорам» к «Количеству заключенных договоров».

n - ожидаемое количество договоров страхования определено исходя из прогнозируемого (планируемого) количества договоров страхования по настоящим Правилам страхования на

предстоящий год.

При оценке рискованной надбавки предполагалось, что собранной премии должно с 90% вероятностью хватить для покрытия страховых выплат.

Основную часть нагрузки составляют расходы по оплате комиссионного вознаграждения, уровень которого зависит в том числе от специфики продвижения данного вида страховых услуг на рынок.

Для банковского и дилерского каналов характерен уровень комиссионного вознаграждения, достигающий 96%. В связи с тем, что в портфеле Страховщика доля полисов, продаваемых через указанные каналы, является существенной, при расчете базового тарифа использована нагрузка 97%, включающая комиссионное вознаграждение в размере 96%.

В случае, если ситуация на рынке страхования через банковский и дилерский каналы продаж изменится и на практике будут использоваться более низкие размеры агентского вознаграждения, то Страховщик произведет перерасчет тарифов, в соответствии с более низкой нагрузкой.

Страховые тарифы Общества по настоящим Правилам страхования соответствуют тарифам, которые применяются на страховом рынке при добровольном медицинском страховании. Поскольку выполнение обязательств Страховщика по страховым выплатам обеспечивается величиной нетто-тарифа, и расчет нетто-ставки страхового тарифа осуществляется в соответствии со статистикой Страховщика, то высокая доля нагрузки в составе страхового тарифа не влияет на способность Страховщика выполнять обязательства перед Страхователями по предстоящим выплатам по договорам страхования.

В дальнейшем, Страховщик будет тщательно анализировать обоснованность высокой нагрузки по полисам добровольного медицинского страхования с учетом развития структуры страхового портфеля страховщика по данному виду договоров страхования, а также с учетом развития рыночной ситуации по данному виду страхования, продвигаемому с помощью указанных выше каналов продвижения страховых услуг.

Показатели, используемые в расчете тарифных ставок, представлены в следующих таблицах:

Программа № 1. «Базовый вариант страхования»

Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (Sв)	5 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,033
Ожидаемое количество договоров (n)	8 000
Основная часть нетто-ставки (То)	0,033
Рисковая надбавка (Тр)	0,003
Нетто-ставка	0,036
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1,2

Программа № 2. «Амбулаторная помощь»

Средняя страховая сумма (S)	1 150 000
Средний размер возмещения (Sв)	9 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,864
Ожидаемое количество договоров (n)	10 000
Основная часть нетто-ставки (То)	0,676
Рисковая надбавка (Тр)	0,004
Нетто-ставка	0,680
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	22,67

Программа № 3. «Стоматологическая помощь»

Средняя страховая сумма (S)	1 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	20 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,268
Ожидаемое количество договоров (n)	5 000

Основная часть нетто-ставки (То)	0,537
Рисковая надбавка (Тр)	0,020
Нетто-ставка	0,556
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	18,55

Программа № 4. «Репатриация»

Средняя страховая сумма (S)	170 000
Средний размер возмещения (Sв)	33 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,005
Ожидаемое количество договоров (n)	750

Основная часть нетто-ставки (То)	0,101
Рисковая надбавка (Тр)	0,080
Нетто-ставка	0,181
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	6,04

Программа № 5. «Роды»

Средняя страховая сумма (S)	800 000
Средний размер возмещения (Sв)	300 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,027
Ожидаемое количество договоров (n)	750

Основная часть нетто-ставки (То)	1,030
Рисковая надбавка (Тр)	0,349
Нетто-ставка	1,379
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	45,97

Программа № 6. «Консультативно-диагностическая помощь»

Средняя страховая сумма (S)	1 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	45 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0,006
Ожидаемое количество договоров (n)	7 000

Основная часть нетто-ставки (То)	0,028
Рисковая надбавка (Тр)	0,007
Нетто-ставка	0,035
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1,15

Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам следующие повышающие и понижающие коэффициенты, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тарифную ставку	Коэффициенты	
	минимальный	максимальный
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,01	10
Пол и возраст Застрахованного лица	0,01	10
Род занятий и увлечений Застрахованного лица	0,01	10
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,01	1
Ценовой уровень лечебных учреждений	0,01	10
Кратность предоставления услуг	0,01	10
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0,01	10
Регион страхования	0,01	10
Страхование с учетом возможности получения медицинской	1	10

помощи при путешествии Застрахованного лица по территории РФ		
Распределение страхового риска на территории РФ	0,01	10
Уплата страховой премии в рассрочку	1	10
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	1	10
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	0,01	1
Страхование с франшизой	0,01	1
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0,01	10

Базовые страховые тарифы являются годовыми базовыми страховыми тарифами.

По договорам страхования, заключенным на срок менее 1 (одного) года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от годового размера страховой премии, если в договоре страхования не предусмотрено иное:

Срок действия договора страхования (в месяцах)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховая премия (в % от годовой премии)										
30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года при этом неполный месяц считается за полный.

Приложение 1
к Методике и расчету базовых страховых тарифов
по добровольному медицинскому страхованию
трудовых мигрантов

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ

Страховая программа	Базовый страховой тариф, в %
Базовый вариант страхования	1,2
Амбулаторная помощь	22,67
Стоматологическая помощь	18,55
Репатриация	6,04
Роды	45,97
Консультативно -диагностическая помощь	1,15

Размер страховой премией по конкретному договору страхования определяется как произведение страховой суммы и страхового тарифа. В случае заключения договора страхования в рамках нескольких программ одновременно, страховые премии определяются по каждой из программ отдельно.

Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам понижающие и повышающие коэффициенты. В Таблице ниже показаны коэффициенты, которые применяются к базовым страховым тарифам в зависимости от факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тарифную ставку	Коэффициенты	
	минимальный	максимальный
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,01	10
Пол и возраст Застрахованного лица	0,01	10
Род занятий и увлечений Застрахованного лица	0,01	10
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,01	1
Ценовой уровень лечебных учреждений	0,01	10
Кратность предоставления услуг	0,01	10
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0,01	10
Регион страхования	0,01	10
Страхование с учетом возможности получения медицинской помощи при путешествии Застрахованного лица по территории РФ	1	10
Распределение страхового риска на территории РФ	0,01	10
Уплата страховой премии в рассрочку	1	10
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	1	10
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	0,01	1
Страхование с франшизой	0,01	1
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0,01	10

Базовые страховые тарифы являются годовыми базовыми страховыми тарифами.

По договорам страхования, заключенным на срок менее 1 (одного) года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от годового размера страховой премии, если в договоре страхования не предусмотрено иное:

Срок действия договора страхования (в месяцах)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховая премия (в % от годовой премии)										
30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года при этом неполный месяц считается за полный.