



**Объединенная  
Страховая Компания**  
Основана в 1990г.

УТВЕРЖДАЮ

Президент  
Акционерного общества

"Объединенная страховая компания"

С.Н. Молотков

Приказ № С-456 от 12 октября 2026г.



**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации настоящие Правила добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

1.2. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

а) **Страховщик** - АО «Объединенная страховая компания», осуществляющая страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной Центральным Банком Российской Федерации.

б) **Страхователи** - юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, индивидуальные предприниматели, дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования, которые вправе заключить договор, как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц.

в) **Медицинские учреждения** – организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и другие юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию или иное разрешение установленного образца на право осуществления медицинской деятельности.

г) **Застрахованное лицо** - физическое лицо- иностранный гражданин, въезжающих или пребывающих на территорию РФ или лицо без гражданства, в отношении которого заключен договор страхования или который заключил такой Договор самостоятельно.

д) **Сервисные компании** – организации, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских и иных, связанных с медицинскими, услуг, а также экспертных, медико-транспортных услуг.

е) **Медицинские услуги (медицинская помощь)** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

ж) **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.

з) **Неиспользованная страховая премия** – часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

1.3 Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.5. Договор страхования предусматривает организацию и оплату предоставления Застрахованному медицинской (в том числе лекарственной) помощи определенного объема и качества по программам добровольного медицинского страхования в медицинских учреждениях из числа согласованных Страховщиком.

Добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов осуществляется Страховщиком согласно программам добровольного медицинского страхования и обеспечивает получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний в объеме, регламентированном Указание ЦБ РФ от 13.09.2015 № 3793-у (Приложение 7 к настоящим Правилам).

1.6. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

1.7. Страховщик по запросу страхователя информирует последнего:

1.7.1. обо всех предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования необходимых действиях, которые Страхователь должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

1.7.2. о предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Вышеуказанная информация доводится до Страхователя в устной, бумажной или электронной форме.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес, связанный с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

## **3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

По настоящим Правилам страхования страховым риском является риск обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, из числа согласованных Страховщиком, в течение срока действия договора страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, других заболеваниях и несчастных случаях за получением медицинской, в том числе лекарственной, медико-социальной и иной помощи в объеме, предусмотренным программой страхования.

По настоящим Правилам страхования страховым риском также является риск возникновения необходимости в организации и оказания услуг по посмертной репатриации тела.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату:

3.2.1 обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа согласованных Страховщиком, в течение срока действия договора страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, других заболеваниях и несчастных случаях за получением медицинской, в том числе лекарственной, медико-социальной и иной помощи в объеме, предусмотренным программой страхования.

3.2.2 возникновение необходимости в организации и оказания услуг по посмертной репатриации тела

3.3. Перечень медицинских и иных услуг, объем страховой ответственности (страховая сумма) по договору страхования определяются программой медицинского страхования,.

3.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить предоставление Застрахованным медицинской (в том числе лекарственной) помощи, соответствующей требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в медицинских учреждениях в соответствии с условиями договора страхования.

3.5. Страховыми случаями не являются обращения Застрахованного:

3.5.1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

3.5.2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

3.5.3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

3.5.4. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

3.5.5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.5.6. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.5.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

3.5.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

3.6. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховой суммой является сумма, в пределах которой Страховщик обязуется оплатить оказание медицинских и иных услуг Застрахованным.

Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком по их усмотрению, исходя из определенных договором условий страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, срока действия договора страхования, перечня и стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования.

Страховщик устанавливает страховую сумму в размере не меньшем, чем предусмотрено Указанием Центрального Банка Российской Федерации № 3793-У от 13.09.2015г.

4.2. По договорам может быть установлена агрегатная страховая сумма.

Под агрегатной страховой суммой понимается страховая сумма, которая уменьшается на размер выплаченного страхового возмещения с момента наступления соответствующего страхового случая.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе увеличить страховую сумму при изменении цен на медицинские и иные услуги в связи с изменением степени риска, при расширении перечня медицинских и иных услуг, определенного договором, а также поменять медицинское учреждение, в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и программами добровольного медицинского страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

4.4. При заключении договора страхования по нескольким программам одновременно Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой из программ.

#### **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи), размера страховой суммы, срока страхования, состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) и иных условий, предусмотренных договором страхования.

При заключении договора страхования по нескольким программам одновременно размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим программам.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора: при сроке действия договора страхования до 1 месяца – пропорционально количеству дней действия договора, до 2 месяцев

- 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

При заключении договора страхования на срок более года Страховщик применяет коэффициент рассчитанный по следующей формуле:

Коэффициент срока = срок действия договора в месяцах (неполный месяц считается за полный) / 12.

В зависимости от категории медицинского учреждения, рода занятия застрахованных, а также региона страхования, размеры тарифных ставок по программам страхования могут изменяться в соответствии с поправочными коэффициентами (Приложение 1 к настоящим правилам).

5.3. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. Если договором страхования предусмотрен порядок уплаты страховой премии в рассрочку, то при неуплате очередного страхового взноса в установленные сроки, договор страхования может быть изменен или расторгнут по инициативе Страховщика в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

5.5. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

а) страховая премия, исчисленная исходя из увеличенной страховой суммы, делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем в связи с увеличением страховой суммы, определяется путем вычитания из суммы, определенной в соответствии с подпунктом «а» настоящего пункта, суммы, определенной в соответствии с пунктом «б» настоящего пункта.

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования трудовых мигрантов заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено договором страхования. Срок страхования определяется, исходя из сообщенного страхователем (застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

6.2. При заключении договора страхования трудовых мигрантов между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

6.2.1 о застрахованном лице;

6.2.2. о характере события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);

6.2.3. о размере страховой суммы;

6.2.4. о сроке действия договора.

6.3. При заключении договора страхования трудовых мигрантов для определения размера страховой премии и оценки степени риска наступления страхового случая, Застрахованному может быть предложено заполнить «Заявление-анкету» (Приложение 2). В случае необходимости для уточнения отдельных данных, Страховщик вправе направить застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования трудовых мигрантов.

Если сторонами не согласовано иное, предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

6.4. Основанием для заключения договора страхования трудовых мигрантов является заявление Страхователя, сделанное в устной и/или письменной форме (Приложение 3 к настоящим Правилам).

6.5. Страховщик в течение 5 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования трудовых мигрантов.

6.6. При заключении договора страхования страховщик осуществляет проверку наличия имущественного интереса на основании документов, представленных страхователем вместе с заявлением на страхование.

6.7. Договор страхования трудовых мигрантов заключается в письменной форме путем составления одного документа – Полиса добровольного медицинского страхования мигрантов, подписанного сторонами (Приложение 4,5,6)

6.8. Приложением к договору страхования трудовых мигрантов являются Правила страхования и программа страхования.

6.9. При заключении договора страхования трудовых мигрантов в страховом полисе указывается:

6.9.1. Сведения о страхователе:

а) в случае если Страхователем является физическое лицо: фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства:

- пол;
- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ;
- дата регистрации;
- данные основного документа, удостоверяющего личность (для иностранных граждан и лиц без гражданства указывается вид и данные документа, предусмотренные федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

б) в случае если страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

- фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью

букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренные федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- дата рождения;
- гражданство (при наличии);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ;
- дата регистрации;
- данные основного документа, удостоверяющего личность (для иностранных граждан и лиц без гражданства указывается вид и данные документа, предусмотренные федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерацией 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;
- данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации.

в) в случае если страхователем является юридическое лицо:

- организационно-правовая форма;
- полное и при наличии сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительских 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) постоянного действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющего право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;
- контактная информация (телефон, факс), электронная почта и /или адрес сайт организации;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования трудовых мигрантов от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор страхования трудовых мигрантов.

#### 6.9.2 Сведения 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 документа, удостоверяющие личность трудового мигранта, предусмотренного Федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ;
- гражданство (при наличии);
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

### 6.9.3.Сведения о страховщике:

- организационно-правовая форма;
- полное и при наличии сокращенное наименование, фирменное наименование,
- номер и дата выдачи лицензии на осуществлении добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;
- адрес (место нахождения)
- контактная информация (телефон, факс), электронная почта и /или адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"
- банковские реквизиты;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования трудовых мигрантов от имени страховщика и документ, на основании которого он подписывает договор страхования трудовых мигрантов.

6.10. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) в заявлении о заключении договора страхования или в его письменном запросе.

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

6.12. Договор страхования, при условии подписания двумя сторонами, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

- в день поступления страховой премии (первого ее взноса) на расчетный счет Страховщика путем безналичного расчета;
- в день уплаты страховой премии (первого ее взноса) наличным платежом Страховщику.

Договор страхования трудовых мигрантов может содержать условие о вступлении его в силу не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

6.13. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования, при этом положения конкретных договоров страхования будут иметь преимущественную силу над положениями настоящих правил.

6.14. Договор страхования может быть составлен в форме электронного документа через официальный сайт Страховщика, официальный сайт представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера), с использованием иных систем электронного документооборота в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», либо средствами прямого электронного взаимодействия со Страхователем.

6.15. Для заключения Договора в электронной форме Страхователь через официальный сайт Страховщика, официальный сайт или мобильное приложение представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) отправляет Страховщику сведения, указанные в п. 6.9

настоящих Правил, путем заполнения электронной формы анкеты на страхование или иным согласованным со Страховщиком способом.

Отправляемая Страхователем информация в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем – индивидуальным предпринимателем усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

Электронная подпись (простая, усиленная) может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов.

В целях заключения Договора устанавливаются следующие требования к использованию электронных документов, порядок обмена информацией в электронной форме и правила определения лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи:

Электронный документооборот осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и иным законодательством Российской Федерации.

Страхователь – физическое лицо, подписывающее электронный документ (в том числе, анкету-заявление), для его последующего определения Страховщиком по его простой электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество (при наличии);
- абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (номер телефона), и (или) адрес электронной почты.

Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем – физическим лицом номер телефона и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность.

Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе, если ее применение подтверждено внесением кода в информационную систему Страховщика (представителя Страховщика). Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.

Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об иных условиях использования простой электронной или иной подписи согласно Федеральному закону от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Информация о подписании документа простой электронной подписью, а также информация, идентифицирующая лицо, подписавшее документ простой электронной подписью указывается в подписанном документе. Определение лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи осуществляется в соответствии с настоящим пунктом Правил.

В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью.

Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта и Федерального закона от 6 апреля 2011 года №63-ФЗ «Об электронной подписи» (далее также – Закон об электронной подписи), признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Закона об электронной подписи, а также пунктом 4 статьи 6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, Договор (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

При электронном страховании Страхователь – физическое лицо оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора на предложенных Страховщиком условиях. Факт ознакомления Страхователя с условиями Правил и Договора может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика, на сайте Страховщика или в мобильном приложении представителя Страховщика.

Договор, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем – физическим лицом на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

Страховщик осуществляет сплошную непрерывную регистрацию и хранение в течение 5 (пяти) лет информации о действиях Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), осуществляемых с использованием сайта Страховщика, включая действия по заявлению страхового случая

## **7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ**

7.1. В случае необходимости получения медицинской помощи Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

В зависимости от тяжести случая, территориальной расположенности застрахованного диспетчер (сотрудник Страховщика либо сервисной компании) сообщает Застрахованному данные о лечебном учреждении, в котором можно получить медицинскую помощь, а также порядок её получения.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис трудового мигранта, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

7.2. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями или сервисной компанией, производится, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и или иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением и сервисной компанией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения или сервисной компании.

Осуществление перечисления денежных средств со стороны Страховщика за оказанные Застрахованному услуги производится в течении 15 рабочих дней, после получения от медицинских организаций документов, подтверждающих наступление страхового случая и оказание предусмотренных программой страхования услуг, предусмотренных договором, заключенным между медицинским учреждением или сервисной организацией, если иное не предусмотрено указанным договором.

## **8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока его действия;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств в размере страховой суммы (в т.ч. в отношении конкретного Застрахованного, если страховая сумма установлена на каждого Застрахованного);

8.1.3. в случае смерти Застрахованного (в отношении конкретного Застрахованного);

8.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

При досрочном прекращении договора страхования по соглашению сторон, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. За исключением причины, указанной в пункте 8.3 при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если сторонами не согласовано иное.

8.3. При отказе Страхователя от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, Страховщик возвращает страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.4. При отказе Страхователя от договора страхования договор считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора, если иное не согласовано сторонами или не вытекает из настоящих Правил.

8.5. В случае, если при досрочном прекращении договора страхования Страхователю подлежит возврату уплаченная страховая премия (либо её часть), возврат производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке:

8.5.1. в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования – при отказе от договора страхования в соответствии с пунктом 8.3. настоящих Правил;

8.5.2. в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня прекращения договора страхования – в иных случаях.

8.6. По инициативе Страховщика изменение и расторжение договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

## **9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

## **10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА**

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе трудового мигранта) и в переданных Страхователю Правилах страхования.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

## **11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

11.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

11.1.1. ***Застрахованный имеет право:***

а) на получение медицинских и иных услуг, объем которых определен в программе страхования в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик имеет договоры о сотрудничестве;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

11.1.2. ***Застрахованный обязан:***

а) предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

б) при получении страховой документации (договора страхования трудовых мигрантов, правил страхования трудовых мигрантов, программы страхования) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

в) соблюдать предписания лечащего врача, назначенные в ходе оказания медицинской (лекарственной) помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) соблюдать порядок пользования страховым полисом, заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи.

11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

11.2.1. ***Страхователь обязан:***

а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплачивать взносы страховой премии в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования;

в) принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованного;

г) во всех случаях прекращения договора страхования вернуть Страховщику страховой полис.

д) 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;

е) довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;

ж) при коллективном страховании выдать Застрахованным страховые полисы и/или Сертификаты;

з) при заключении договора страхования (а также при включении в договор новых застрахованных лиц) 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

#### **11.2.2. Страхователь имеет право:**

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

б) при коллективном страховании вносить изменения в список Застрахованных лиц по согласованию со Страховщиком;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских и иных услуг (лекарственной помощи) в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;

г) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

#### **11.3. Права и обязанности Страховщика.**

##### **11.3.1. Страховщик обязан:**

а) вручить страховые полисы Страхователю на каждого Застрахованного;

б) организовать предоставление Застрахованному медицинской (лекарственной) помощи, предусмотренной условиями договора страхования;

в) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных;

г) уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течении пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера, установленного Указанием Центрального Банка Российской Федерации № 3793-У от 13.09.2015г.

##### **11.3.2. Страховщик имеет право:**

а) требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования; проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;

б) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ;

в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские и иные услуги (лекарственную помощь) путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса;

г) по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

д) 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 и качеству услуг Застрахованному на базе других учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика.

11.4. Изменение списка Застрахованных (увеличение их количества) при коллективной форме страхования осуществляется по согласованию сторон. При этом все изменения (дополнения) в договоре страхования оформляются путем заключения сторонами дополнительного соглашения, Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о дополнительно страхуемых лицах, и уплачивает за них страховую премию за период с момента заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

## **12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

12.1. Страховые выплаты производятся Страховщиком в соответствии с заключенными договорами на оказание медицинских услуг с медицинскими учреждениями, либо в соответствии с заключенными договорами с сервисными компаниями. Порядок и сроки расчетов за оказанные медицинские и иные услуги определяется в договоре между Страховщиком и медицинским учреждением, либо сервисной компанией.

12.2. В случае возмещения расходов на репатриацию останков для получения страховой выплаты требуется представить документы:

- письменное заявление Представителя Застрахованного;
- документы, подтверждающие понесенные расходы по страховому случаю;
- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

Страховая выплата осуществляется в течение 30 дней со дня представления указанных документов.

## **13. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

13.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

а) в случаях, указанных в пунктах 3.5, 3.6 Правил;

б) в случае оказания Застрахованному услуг, не предусмотренных договором или программой страхования.

в) в случае оказания Застрахованному услуг, не согласованных со Страховщиком при условии обязательного согласования, указанном в договоре страхования или договоре с медицинским учреждением;

г) в случае оказания Застрахованному услуг, не предусмотренных Лицензией медицинского учреждения;

д) в случае предоставления Застрахованным (Медицинским учреждением) Страховщику документов, не соответствующих действительности (в частности, счетов за не оказанные медицинские и иные услуги (лекарственную помощь)); некорректно оформленных документов; нарушения сроков предоставления документов на выплату.

е) в случае сообщения Застрахованным неправильных (заведомо ложных либо неполных) сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска; дачи заведомо ложной информации или умышленного сокрытия информации при заключении договора страхования и первичном осмотре, и в других случаях умышленного обмана Страховщика;

ж) в случае, если расходы на оказание медицинской помощи и/или транспортные услуги возникли вне пределов территории страхования;

и) в случае, если событие возникло вследствие невыполнения Застрахованным лицом предписания лечащего врача или нарушении определенного лечащим врачом больничного режима.

13.2. Основанием для отказа произвести страховую выплату является:

а) совершение Застрахованным умышленных действий, направленных на наступление страхового случая;

б) совершение Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

## **14. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**

14.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

## **15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

15.1. Качество оказания медицинской (лекарственной) помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется экспертами Страховщика.

15.2. При несогласии с решением эксперта Страховщика, Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

15.3. Стороны устанавливают обязательный досудебный порядок разрешения споров по настоящему договору. Сторона, предъявляющая требования, обязана направить другой стороне письменную претензию с приложением всех документов, на которые она ссылается в обоснование своих требований.

Претензия рассматривается в течение 30 дней со дня ее получения другой стороной. Если к претензии не приложены документы, предоставление которых необходимо в соответствии с условиями настоящего договора, претензия считается неподанной.

В случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии, а также в случае неполучения в установленный срок ответа на претензию сторона, предъявившая претензию, вправе предъявить иск.

15.4. Споры возникшие между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

## **16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

16.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

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

16.3. 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к Правилам добровольного медицинского  
страхования трудовых мигрантов

**ТАРИФЫ**  
**по добровольному медицинскому страхованию**

**1. Базовые тарифы проведения страхования.**

| Программа                         | Тариф, % |
|-----------------------------------|----------|
| Программа ДМС «Трудовой мигрант»: |          |
| - медицинская помощь              | 1,00     |
| - посмертная репатриация тела     | 2,00     |

**2. При расчете итогового тарифа по программе страховщик вправе применить повышающие/понижающие коэффициенты, зависящие от условий страхования и факторов риска**

| №<br>п/п | Факторы риска                                                                                                                 | Коэффициент/<br>Диапазон<br>коэффициентов |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1.       | Число лиц, принимаемых на страхование                                                                                         | 0,3-1                                     |
| 2.       | Пол, возраст застрахованного                                                                                                  | 0,95-1,2                                  |
| 3.       | Состояние здоровья застрахованного                                                                                            | 1,2-1,25                                  |
| 4.       | Род занятий Застрахованного лица, характер его производственной деятельности                                                  | 0,7-1,5                                   |
| 5.       | Территория, где Застрахованный намеревается осуществлять трудовую деятельность (субъект Российской Федерации)                 | 0,8-1,2                                   |
| 6.       | Индивидуальные условия договора, специфика канала продаж, а также прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска | 0,1-9                                     |



**Объединенная  
Страховая Компания**

Холдинг «Самара – АСКО»

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Правилам добровольного медицинского  
страхования трудовых мигрантов

### ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА на добровольное медицинское страхование от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Заполненное и подписанное Заявителем настоящее Заявление является основой для заключения договора страхования и является его неотъемлемой частью. Однако из факта предоставления Страховщику подписанного Заявителем настоящего Заявления, не следует обязательства Страховщика предоставлять страховое покрытие и обязательства Страхователя в заключении договора.

Прочерки, исправления или отсутствие ответов Заявителя на поставленные вопросы, считаются отрицательным ответом.

**Прошу осуществить страхование по программе ДМС «Трудовой мигрант»**

| 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАЯВИТЕЛЕ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1.1 ФИО                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| 1.2 Адрес                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | постоянной регистрации<br>фактического проживания |
| 1.3 Дата и место рождения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                   |
| 1.4 Контактные телефоны, e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 1.5 Паспортные данные: серия, номер паспорта, когда и кем выдан                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 1.6 Гражданство                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 1.7 Место работы, должность                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
| 2. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                   |
| 2.1 ФИО                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| 2.2 Адрес                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | постоянной регистрации<br>фактического проживания |
| 2.3 Степень родства со страхователем                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |
| 2.4 Контактные телефоны, e-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 2.5 Паспортные данные: серия, номер паспорта, когда и кем выдан                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 2.6 Гражданство                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 2.7 Город обслуживания                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |
| 3. ИНФОРМАЦИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |
| <i>пп. 3.1-3.3 заполняются только для лиц старше 14 лет</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |
| 3.1 Рост см Вес кг                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                   |
| 3.2 Артериальное давление (обычное мм.рт.ст.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Верхнее Нижнее                                    |
| 3.3. Вредные привычки (нужное подчеркнуть):<br>Курение: Да Нет Среднее количество выкуриваемых сигарет в день: _____ штук<br>Алкоголь Да Нет Количество _____ мл и частота приема _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| 3.4. Характеристика рабочего места (сменность, интенсивность, вредные условия труда)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |
| 3.5. Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности? Если «да», укажите:<br>Причина инвалидности _____<br>Группа инвалидности _____ В каком году снята инвалидность _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |
| 3.6. Был ли госпитализирован за последние 2 года? Если «да», укажите:<br>Год _____ Диагноз _____ Проведенное лечение в стационаре _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| 3.7. Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года? Если «да», укажите:<br>Год _____ Причина вызова _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
| 3.8. Сколько раз за последние 12 мес. Вы болели ОРВИ (простудой)? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |
| 3.9 Отмечаются ли у Вас в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания Если «да», укажите какие:<br>Аллергические реакции _____ Дерматологические болезни _____<br>Бронхиальная астма _____ Хроническая ЛОР-патология _____<br>Повышенное артериальное давление (гипертония) _____ Мочекаменная болезнь _____<br>Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт) _____ Урологические заболевания _____<br>Нарушения сердечного ритма _____ Остеохондроз позвоночника, радикулит _____ |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Инсульт<br>Эпилептический синдром<br>Онкологические (раковые) заболевания:<br>Сахарный диабет<br>Язва желудка или двенадцатиперстной кишки<br>Анемия или другие заболевания крови<br>Нарушения функции щитовидной железы<br>Гепатит<br>Желчекаменная болезнь<br>Печеночная недостаточность<br>Варикозное заболевание вен<br>Грыжа | Грыжи межпозвоночных дисков<br>Повреждение суставов и связочного аппарата (указать причину травмы)<br>Простатит (для мужчин)<br>Аденома предстательной железы (для мужчин)<br>Мастопатия (для женщин)<br>Кисты яичников (для женщин)<br>Эрозия шейки матки (для женщин)<br>Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала (для женщин)<br>Миома матки (для женщин)<br>Воспалительные заболевания женских органов (для женщин)<br>Пародонтит, пародонтоз |
| <b>3.10 Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем</b><br>Если «да», укажите:                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.11 Имеете ли Вы стенты, протезы (кроме стоматологических), импланты (кроме стоматологических), металлоконструкции, водители ритма и т.д.? Если «да», укажите какие, когда поставлены:</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.12 Укажите заболевания, которые у Вас отмечались или отмечаются, но не были указаны выше.</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.13. Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара?</b><br>Если «да», укажите причину (заболевание/состояние):                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.14 Планируете ли Вы беременность в ближайшие 12 месяцев? (для женщин)</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.15. Вы занимаетесь каким-либо видом спорта? Если «да», укажите каким именно:</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.16. Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья в настоящее время?</b><br>Если «да», укажите что именно Вас беспокоит:                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.17. Примерно сколько раз в год Вы обращаетесь в поликлинику (к врачу)? К какому специалисту, по какому поводу?</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.18 Нуждаетесь ли Вы в дополнительном обследовании:</b><br>а) нет,<br>б) да, по поводу заболевания _____<br>в) плохого самочувствия.                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>пп. 3.19-3.24 заполняются только для страхования детей в возрасте до 3-х лет</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.19. Возраст матери в родах (полных лет) лет</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.20. Была ли патология (осложнения) беременности? Если «да», укажите какая:</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.21 Была ли патология (осложнения) родов? Если «да», укажите какая:</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.22 Выявлена ли врожденная патология у ребенка? Если «да», укажите какая:</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>3.23. Какие были роды? отметить нужное</b><br>неосложненные (естественные родовые пути)<br>плановое кесарево сечение<br>экстренное кесарево сечение<br>осложненные роды с родоспомогающими пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.)                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Я подтверждаю, что мне понятны все вопросы настоящей анкеты. Сообщенная мною информация достоверна, на сегодня мне не известны и не должны быть известны какие-либо иные данные о моем здоровье.

Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, сообщить эту информацию в АО «ОСК».

Я предоставляю АО «ОСК» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование,

Я обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в АО «ОСК» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.

Я согласен с тем, что на основании моих ответов АО «ОСК» оценит степень страхового риска и определит размер страховой премии. Мне известно, что в случае предоставления мною недостоверной информации АО «ОСК» имеет право отказать в выплате страхового возмещения или расторгнуть договор без возврата суммы внесенной страховой премии.

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях оказания услуг в области медицинского страхования, подписывая настоящую анкету, я своей волей и в своем интересе даю Открытому акционерному обществу «Объединенная страховая компания» (сокращенное наименование АО «ОСК»), расположенному по адресу: 443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 94 согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) указанных в настоящей анкете моих персональных данных, при этом такое согласие дается мною АО «ОСК» на весь срок моей жизни и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи АО «ОСК» подписанного мною письменного уведомления.

Настоящее согласие дано на обработку моих персональных данных следующими способами: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать казанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования, представленных Страховщиком, мне известны; сведения, изложенные в настоящем Заявлении, являются полными и достоверными, а Заявление является составной частью договора страхования, заключенного на основании данного Заявления.

Заявитель/Страхователь/Застрахованное лицо 1: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись)

Застрахованное лицо 2: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись)

#### 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

|                          |
|--------------------------|
| 4.1. Группа здоровья     |
| 4.2. Комментарии         |
| Подпись _____ дата _____ |

#### 5. РАСЧЕТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ПО ДОГОВОРУ

| Страховая сумма | Тариф | Повышающие коэффициенты |                 | Страховая премия |
|-----------------|-------|-------------------------|-----------------|------------------|
|                 |       | Возраст застрахованных  | Группа здоровья |                  |
|                 |       |                         |                 |                  |

|                          |
|--------------------------|
| Подпись _____ дата _____ |
|--------------------------|

Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования, представленных Страховщиком, мне известны; сведения, изложенные в настоящем Заявлении, являются полными и достоверными, а Заявление является составной частью договора страхования, заключенного на основании данного Заявления.

Заявитель/Страхователь/Застрахованное лицо 1: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись)

Застрахованное лицо 2: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3 к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

**Примечание.** Настоящий документ является образцом заявления на страхование. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид заявления может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

##### о добровольном медицинском страховании

\_\_\_\_\_ (страхователь) \_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ (в дальнейшем по тексту Страхователь), просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования АО «ОСК» в ред. от \_\_\_\_\_, договор медицинского страхования.

**Для заключения договора медицинского страхования Страхователь предоставляет следующие сведения:**

| Сведения о Страхователе                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |     |                                               |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|-----------------------------------------------|--------------------|
| Полное наименование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |     |                                               |                    |
| Сокращенное наименование (при наличии)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |     |                                               |                    |
| Наименование на иностранном языке (при наличии)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |     |                                               |                    |
| Организационно-правовая форма                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |     |                                               |                    |
| ИНН. Идентификационный номер налогоплательщика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |     |                                               |                    |
| ОГРН. Основной государственный регистрационный номер                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |     |                                               |                    |
| Адрес ЮЛ согласно государственной регистрации                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |     |                                               |                    |
| Фактический адрес юридического лица                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |     |                                               |                    |
| Телефон, факс                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |     |                                               |                    |
| адрес электронной почты                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |     |                                               |                    |
| Доменное имя, сайт в сети "Интернет", с использованием которого оказываются услуги (при наличии)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |     |                                               |                    |
| Банковские реквизиты Страхователя                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Расчетный счет |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | БИК            |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Кор.счет       |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Банк           |     |                                               |                    |
| Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |     |                                               |                    |
| Структура и персональный состав органов управления (за исключением сведений о персональном составе участников юридического лица, владеющих менее чем 5% акций (долей) юридического лица)                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |     |                                               |                    |
| Единоличный исполнительный орган ЮЛ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Должность      |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ФИО            |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Дата рождения  |     |                                               |                    |
| Сведения о бенефициарах ЮЛ<br>- о физических лицах, которые прямо или косвенно (через третьих лиц) владеют/имеют преобладающее участие более 25% в капитале ЮЛ, либо имеют возможность контролировать действия юридического лица. В случае отсутствия сведений о бенефициарных владельцах ЮЛ заполняются сведения на руководителя ЮЛ (единоличный исполнительный орган ЮЛ): Ф.И.О., дата рождения, ИНН, адрес места жительства, гражданство, реквизиты паспорта ФЛ |                |     |                                               |                    |
| ФИО                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Дата рождения  | ИНН | Реквизиты документа, удостоверяющего личность | Доля в капитале, % |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |     |                                               |                    |
| Сведения о деловой репутации ЮЛ и наличие информации о деятельности ЮЛ в открытых источниках (сайт в сети Интернет, печатное издание, отзывы клиентов, иное).                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |     |                                               |                    |
| Страховые сведения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |     |                                               |                    |
| Количество Застрахованных                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |     |                                               | _____ человек      |
| Срок страхования                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |     |                                               | 1 год              |
| Программа страхования                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |     |                                               |                    |
| С Правилами страхования в ред. от _____, страховой программой и перечнем медицинских учреждений, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |     |                                               |                    |
| Лицо заполнившее заявление                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Должность      |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ФИО            |     |                                               |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | подпись        |     |                                               |                    |
| Дата заполнения                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |     |                                               |                    |

#### РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Готовы принять на страхование \_\_\_\_\_ человек с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г. на следующих условиях:

| Страховая сумма | Количество застрахованных лиц | Тариф | Повышающие коэффициенты |  | Страховая премия |
|-----------------|-------------------------------|-------|-------------------------|--|------------------|
|                 |                               |       |                         |  |                  |
| ИТОГО           |                               |       |                         |  |                  |

Страховую премию в сумме \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_\_\_ копеек следует уплатить до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

СТРАХОВЩИК

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

М.П.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4 к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

**Примечание.** Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.

«01» апреля 2023 г.

## СТРАХОВОЙ ПОЛИС «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ» №

Настоящим Акционерное Общество «Объединенная страховая компания» (далее - Страховщик) удостоверяет заключение Договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов (далее Полис). Полис заключен на основании устного заявления Страхователя и в соответствии с условиями «Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» от 27.03.2023 г. (далее «Правила»).

**1. СТРАХОВЩИК:** Акционерное Общество «Объединенная страховая компания» Адрес: 443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д.94, тел/факс (846) 212-99-55, ИНН/КПП 6312013969/631701001 Лицензия ЦБ РФ СЛ № 2346 от 24 апреля 2015. Сайт: [www.osk-ins.ru](http://www.osk-ins.ru).  
р/с № 40701810612250000012 в Филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО), г. Москва, к/с 30101810145250000411, БИК 044525411

**2. СТРАХОВАТЕЛЬ:** (рус./лат.): Иванов Иван Иванович/Ivanov Ivan  
Пол: ☒ М ☐ Ж Дата рождения: 01.01.1980 Гражданство: Узбекистан Телефон: +79667103405  
Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ: г. Москва, Проспект Андропова, д.15 Дата регистрации: 01.11.2019  
Документ: паспорт, Серия/номер: 4006477349, дата выдачи: 12.05.2015 Выдан: ОВД г.Ташкент

**3. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО:** (рус./лат.): Иванов Иван Иванович/Ivanov Ivan  
Пол: ☒ М ☐ Ж Дата рождения: 01.01.1980 Гражданство: Узбекистан Телефон: +79667103405  
Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ: г. Москва, Проспект Андропова, д.15 Дата регистрации: 01.11.2019  
Документ: паспорт, Серия/номер: 4006477349, дата выдачи: 12.05.2015 Выдан: ОВД г.Ташкент

**4. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ** | Российская Федерация

**5. ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ** | с 01.04.2023 г. | по 31.03.2024 г.

**6. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ** | Обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за оказанием неотложной медицинской помощи (кроме случаев, предусмотренных п.9.2, 10 Полиса) в соответствии с Программой страхования (п.9.1 Полиса), предусматривающей оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, в объеме программы «ОМС» при заболеваниях и состояниях регламентированных Федеральными законами «Об обязательном медицинском страховании в РФ» № 326-ФЗ от 29.11.2010г., «О правовом положении иностранных граждан в РФ» № 115-ФЗ от 25.07.2002 г., а также Указанием ЦБ РФ 3793-У от 13.09.2015 г. Возникновение расходов в связи с п. 9.2 Полиса.

**7. АГРЕГАТНАЯ СТРАХОВАЯ СУММА:**  
350 000 (Триста пятьдесят тысяч) руб. 00 коп., в том числе по п.п.9.2 программы страхования - 50 000 (Пятьдесят тысяч) руб. 00 коп.

**8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:**  
4 000 (Четыре тысячи) руб. 00 коп.

**9. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ»****9.1. Медицинская помощь:**

вследствие внезапного острого или обострения хронического заболевания, отравления, травмы в результате несчастного случая в неотложной форме (в ситуациях, не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица, но требующих принятия мер неотложного характера в случаях заболеваний и состояний, регламентированных ст.35, ч.6, Федерального закона от 29.10.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), в соответствии с Федеральным законом «О правовом положении иностранных граждан в РФ» № 115-ФЗ от 25.07.2002 г., Указанием ЦБ РФ 3793-У от 13.09.2015 г. на базе медицинских организаций - партнеров Страховщика, находящихся на территории РФ:

**9.1.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме:**

а) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

б) Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

в) Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

**9.1.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:**

а) Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях. Включает в себя диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и медицинских технологий. Оказывается врачами-специалистами медицинских организаций оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе стоматологическую: купирование острой зубной боли, удаление зубов по неотложным показаниям.

б) Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включая оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

**9.1.3. «Скорая и неотложная медицинская помощь» (доврачебная и врачебная), транспортировка по неотложным показаниям.****9.2. «Посмертная репатриация тела» в страну постоянного проживания.**

Условия и порядок получения услуг по Программе страхования, исключения из Программы страхования изложены в Приложении к настоящему Полису.

**10. ИСКЛЮЧЕНИЯ из страхового покрытия: не подлежит оплате:** а) оказание плановой медицинской помощи по выбору/желанию Застрахованного лица; лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях. б) медицинская помощь, полученная без согласования со Страховщиком. в) прочие события, указанные в «Исключениях из программы страхования».

**11. Действия Застрахованного лица (его представителя) при возникновении необходимости обращения за оказанием неотложной медицинской помощи:**

а) обратиться в круглосуточную медицинскую службу Страховщика по телефону **8-495-933-38-41; 8-800-333-38-41;**

б) сообщить оператору ФИО, номер полиса и обстоятельства случившегося.

Выражаю свое согласие Страховщику и партнерам Страховщика на обработку, хранение и иное использование моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г. и сведений, составляющих врачебную тайну, содержащихся в документах, предоставленных Страховщику в целях осуществления добровольного медицинского страхования; данное согласие действует без ограничения срока и может быть отозвано мной по истечении срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством РФ.

Настоящий договор в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ заключен с использованием факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика с помощью средств копирования, и признается сторонами как имеющий полную юридическую силу

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА**

Директор Московской дирекции АО «ОСК»

Действующий на основании доверенности № 1/\_\_\_ от \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/Полянский С.В./  
М.П. подпись

ФИО

**СТРАХОВАТЕЛЬ:** Правила страхования получил, ознакомлен и согласен. Текст правил страхования размещен на сайте Страховщика [www.osk-ins.ru](http://www.osk-ins.ru) До момента заключения договора страхования ключевой информационный документ (КИД) предоставлен, с содержанием КИД ознакомлен

\_\_\_\_\_/Иванов И.И./  
подпись

ФИО

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5 к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

**Примечание.** Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.



**Объединенная  
Страховая Компания**  
Холдинг «Сама

**СТРАХОВЩИК: АО «ОБЪЕДИНЕННАЯ СТРАХОВАЯ  
КОМПАНИЯ»**  
(АО «ОСК»), Адрес: 443099, Самара, Молодогвардейская, 94,  
<https://www.osk-ins.ru/>, тел./факс

Адрес филиала:

**ПОЛИС ДМС Трудового мигранта серия № от**

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования по программе ДМС трудовой мигрант в соответствии с правилами добровольного медицинского страхования мигрантов от « » 201 г. и лицензией страховщика СЛ №2346 от 24.04.2015г. |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| <b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b><br>Фамилия, имя, отчество                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| Дата рождения                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                           | Гражданство                                                                                                          | Телефон                |
| Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           | Дата регистрации                                                                                                     |                        |
| Вид и данные документа, удостоверяющего личность                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| ОГРНИП                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                           | Дата регистрации в качестве ИП                                                                                       |                        |
| <b>ЗАСТРАХОВАННЫЙ:</b><br>Фамилия, имя, отчество                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| Пол                                                                                                                                                                                                                                            | Мужской <input type="radio"/> Женский <input type="radio"/>                                                                               | Дата рождения                                                                                                        | Телефон                |
| Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           | Гражданство                                                                                                          |                        |
| Вид и данные документа, удостоверяющего личность                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| НАИМЕНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ                                                                                                                                                                                                                         | СТРАХОВАЯ СУММА (РУБ)                                                                                                                     | ТАРИФ                                                                                                                | СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (РУБ) |
| Программа ДМС «Трудовой мигрант»                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| Территория действия полиса                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |                                                                                                                      |                        |
| СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА                                                                                                                                                                                                                           | С « » 201 г. По « » 201 г.                                                                                                                |                                                                                                                      |                        |
| ДАТА ВЫДАЧИ (ЗАПОЛНЕНИЯ) ПОЛИСА                                                                                                                                                                                                                | « » 201 г.                                                                                                                                |                                                                                                                      |                        |
| ПОРЯДОК И ФОРМА УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ                                                                                                                                                                                                        | Единоновременно <input type="radio"/> В рассрочку <input type="radio"/><br>Налично <input type="radio"/> Безналично <input type="radio"/> |                                                                                                                      |                        |
| СЛЕДУЮЩИЙ ВЗНОС:                                                                                                                                                                                                                               | Сумма:                                                                                                                                    | Срок оплаты:                                                                                                         |                        |
| ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ЯВЛЯЮТСЯ НЕОТЪЕМЛИМОЙ ЧАСТЬЮ ПОЛИСА                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           | Правила добровольного медицинского страхования мигрантов<br>Программа ДМС, включая исключения из страхового покрытия |                        |

**ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ПРИ  
НАСТУПЛЕНИИ  
СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ**

При возникновении необходимости обращения за оказанием неотложной медицинской помощи Застрахованный обращается в круглосуточную медицинскую службу (сервисную компанию) Страховщика по телефону: \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях оказания услуг в области медицинского страхования, подписывая настоящий договор, я своей волей и в своем интересе даю АО «ОСК», расположенному по адресу: 443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94 согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) персональных данных, при этом такое согласие дается мною АО «ОСК» на весь срок моей жизни и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи АО «ОСК» подписанного мною письменного уведомления.

|                                                                                                                                                                                   |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Страховщик</b></p> <p>_____ / _____</p> <p>_____</p> <p>должность лица, документ, удостоверяющий полномочие на подписание договора</p> <p><b>М.П</b></p> <p><b>дата</b></p> | <p><b>Страхователь</b></p> <p>_____ / _____</p> <p><b>дата</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

Приложение к Полису ДМС Трудового мигранта №

от

**Банковские реквизиты Страховщика:** ИНН/КПП 6312013969/631701001, ОГРН 1026301414930

Юридический адрес: 443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 94; Тел. (846) 212-99-55

р/счет 40701810310240000041 Филиале Банка ВТБ (ПАО) в г. Нижнем Новгороде к/с 30101810200000000837, БИК 042202837

**Программа ДМС «Трудовой мигрант».**

Программа ДМС «Трудовой мигрант» предусматривает оплату расходов на оказание медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на базе медицинских организаций – партнеров Страховщика, находящихся на территории РФ.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного по Правилам ДМС «Трудовой мигрант» в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, в течение срока действия договора страхования, в следствии внезапного острого заболевания или обострении хронического заболевания, травме, отравления в результате несчастного случая в неотложной форме, в ситуациях, не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица, но требующих принятия мер неотложного характера в случаях заболеваний и состояний, регламентированных Федеральными Законами РФ:

№ 326-ФЗ от 29.10.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ст.36, ч.6, № 115-ФЗ от 25.07.2002 п. 6 ст.4

«О правовом положении иностранных граждан в РФ», № 61-ФЗ от 12.04.2010 часть 2.1. ст. 80 «Об обращении лекарственных средств»

- № 323-ФЗ от 21.11.2011 часть 2.1 ст. 80 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на основе Указаний ЦБ РФ № 3793-У от 13.09.2015

**1. Перечень медицинских услуг**

1.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме

а) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

б) Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

в) Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

1.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:

а) Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях. Включает в себя диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и медицинских технологий. Оказывается врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе стоматологическую: купирование острой зубной боли, удаление зубов по неотложным показаниям.

б) Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включая оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные 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, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

1.3. Скорая и неотложная медицинская помощь (доврачебная и врачебная), транспортировка по неотложным показаниям.

1.4. Посмертная репатриация тела в страну постоянного проживания.

**2. В программу не включаются (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:**

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих: холера; туберкулез; чума; сибирская язва; сепсис и мелиоидоз; лепта; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гепатит В; гепатит С; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); гельминтозы; педикулез, акриаз и другие инфекации.

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях,

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при сахарном диабете,

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения эпилепсии;

различных травмах и соматических заболеваниях, возникших в связи с заболеваниями психогенной сферы;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при врожденных и наследственных заболеваниях

- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи; паллиативной помощи, медицинская реабилитация;

- по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованного лица;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

- по оказанию медицинской помощи связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.

- по оказанию медицинской помощи связанной с профилактическими мероприятиями, в том числе проведение профилактических прививок;

- по лечению заболеваний органов и тканей, требующих сложного и реконструктивного оперативного лечения (проведения коронарографии, аорто-коронарного шунтирования, имплантации кардиостимулятора, трансплантации, аутоотрансплантации, эндопротезирования, протезирования, имплантации, остеосинтеза, пластической хирургии и т.д.), нейрохирургического вмешательства;

- манипуляции на зубах, коронковая часть которых разрушена более чем на 50% (на момент первичного осмотра врачом) кроме удаления при острой боли;

Страховщик не оплачивает расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6 к Правилам добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов

**Примечание.** Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.



**Объединенная  
Страховая Компания**  
Холдинг «Самар

СТРАХОВЩИК: АО «ОБЪЕДИНЕННАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ»  
(АО «ОСК»), Адрес: 443099, Самара, Молодогвардейская, 94, <https://www.osk-ins.ru/>, тел. /факс

Адрес филиала:

**ПОЛИС ДМС Трудового мигранта серия № от**

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                |         |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|---------|-------------|
| Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования по программе ДМС трудовой мигрант в соответствии с правилами добровольного медицинского страхования мигрантов от « » 201 г. и лицензией страховщика СЛ №2346 от 24.04.2015г. |                                                             |                |         |             |
| <b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                |         |             |
| Наименование страхователя                                                                                                                                                                                                                      |                                                             |                |         |             |
| в лице                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                |         |             |
| действующего на основании                                                                                                                                                                                                                      |                                                             |                |         |             |
| Юридический адрес                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                |         |             |
| Фактический адрес                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                |         |             |
| Телефон, адрес эл.почты                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                |         |             |
| Банковские реквизиты:                                                                                                                                                                                                                          |                                                             | Расчетный счет | Банк    |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             | Кор.счет       | БИК     |             |
| ИНН/КПП; ОГРН                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                |         |             |
| <b>ЗАСТРАХОВАННЫЙ:</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                |         |             |
| Фамилия, имя, отчество                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                |         |             |
| Пол                                                                                                                                                                                                                                            | Мужской <input type="radio"/> Женский <input type="radio"/> | Дата рождения  | Телефон |             |
| Адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории РФ                                                                                                                                                               |                                                             |                |         | Гражданство |
| Вид и данные документа, удостоверяющего личность                                                                                                                                                                                               |                                                             |                |         |             |

| НАИМЕНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ           | СТРАХОВАЯ СУММА (РУБ) | ТАРИФ | СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (РУБ) |
|----------------------------------|-----------------------|-------|------------------------|
| Программа ДМС «Трудовой мигрант» |                       |       |                        |
| Территория действия полиса       |                       |       |                        |

|                                                            |        |                                                                                                                      |                                                                |
|------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА                                       |        | С « » 201 г. По « » 201 г.                                                                                           |                                                                |
| ДАТА ВЫДАЧИ (ЗАПОЛНЕНИЯ) ПОЛИСА                            |        | « » 201 г.                                                                                                           |                                                                |
| ПОРЯДОК И ФОРМА УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ                    |        | Единовременно <input type="radio"/> В рассрочку <input type="radio"/>                                                | Налично <input type="radio"/> Безналично <input type="radio"/> |
| СЛЕДУЮЩИЙ ВЗНОС:                                           | Сумма: | Срок оплаты:                                                                                                         |                                                                |
| ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ЯВЛЯЮТСЯ НЕОТЪЕМЛИМОЙ ЧАСТЬЮ ПОЛИСА |        | Правила добровольного медицинского страхования мигрантов<br>Программа ДМС, включая исключения из страхового покрытия |                                                                |

**ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ**

При возникновении необходимости обращения за оказанием неотложной медицинской помощи Застрахованный обращается в круглосуточную медицинскую службу (сервисную компанию) Страховщика по телефону:

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях оказания услуг в области медицинского страхования, подписывая настоящий договор, я своей волей и в своем интересе даю АО «ОСК», расположенному по адресу: 443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94 согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) персональных данных, при этом такое согласие дается мною АО «ОСК» на весь срок моей жизни и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи АО «ОСК» подписанного мною письменного уведомления.

|                                                                                                                                                              |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Страховщик</p> <p>_____ / _____</p> <p>_____</p> <p>должность лица, документ, удостоверяющий полномочие на подписание договора</p> <p>М.П</p> <p>дата</p> | <p>Страхователь</p> <p>_____ / _____</p> <p>_____</p> <p>М.П.</p> <p>дата</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

## Приложение к Полису ДМС Трудового мигранта №

от

**Банковские реквизиты Страховщика:** ИНН/КПП 6312013969/631701001, ОГРН 1026301414930

Юридический адрес: 443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 94; Тел. (846) 212-99-55

р/счет 40701810310240000041 Филиале Банка ВТБ (ПАО) в г. Нижнем Новгороде к/с 30101810200000000837, БИК 042202837

**Программа ДМС «Трудовой мигрант».**

Программа ДМС «Трудовой мигрант» предусматривает оплату расходов на оказание медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на базе медицинских организаций – партнеров Страховщика, находящихся на территории РФ.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного по Правилам ДМС «Трудовой мигрант» в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, в течение срока действия договора страхования, в следствии внезапного острого заболевания или обострении хронического заболевания, травме, отравления в результате несчастного случая в неотложной форме, в ситуациях, не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица, но требующих принятия мер неотложного характера в случаях заболеваний и состояний, регламентированных Федеральными Законами РФ:

№ 326-ФЗ от 29.10.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ст.36, ч.6, № 115-ФЗ от 25.07.2002 п. 6 ст.4 «О правовом положении иностранных граждан в РФ», № 61-ФЗ от 12.04.2010 часть 2.1. ст. 80 «Об обращении лекарственных средств» - № 323-ФЗ от 21.11.2011 часть 2.1 ст. 80 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на основе Указаний ЦБ РФ № 3793-У от 13.09.2015

**3. Перечень медицинских услуг**

3.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме

а) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

б) Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

в) Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

3.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:

а) Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях. Включает в себя диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и медицинских технологий. Оказывается врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе стоматологическую: купирование острой зубной боли, удаление зубов по неотложным показаниям.

б) Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включая оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные 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, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

3.3. Скорая и неотложная медицинская помощь (доврачебная и врачебная), транспортировка по неотложным показаниям.

3.4. Посмертная репатриация тела в страну постоянного проживания.

**4. В программу не включаются (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:**

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих: холера; туберкулез; чума; сибирская язва; сепсис и мелиоидоз; лепта; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гепатит В; гепатит С; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); гельминтозы; педикулез, акриаз и другие инфекции.

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях,

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при сахарном диабете,

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения эпилепсии; различных травмах и соматических заболеваниях, возникших в связи с заболеваниями психогенной сферы;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при врожденных и наследственных заболеваниях

- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи; паллиативной помощи, медицинская реабилитация;

- по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованного лица;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

- по оказанию медицинской помощи связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.

- по оказанию медицинской помощи связанной с профилактическими мероприятиями, в том числе проведение профилактических прививок;

- по лечению заболеваний органов и тканей, требующих сложного и реконструктивного оперативного лечения (проведения коронарографии, аорто-коронарного шунтирования, имплантации кардиостимулятора, трансплантации, аутоотрансплантации, эндопротезирования, протезирования, имплантации, остеосинтеза, пластической хирургии и т.д.), нейрохирургического вмешательства;
- манипуляции на зубах, коронковая часть которых разрушена более чем на 50% (на момент первичного осмотра врачом) кроме удаления при острой боли;

Страховщик не оплачивает расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к Правилам добровольного медицинского  
страхования трудовых мигрантов

**ПРОГРАММЫ**  
**добровольного медицинского страхования**  
***Программа ДМС «Трудовой мигрант».***

Программа ДМС «Трудовой мигрант» предусматривает оплату расходов на оказание медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на базе медицинских организаций – партнеров Страховщика, находящихся на территории РФ.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного по Правилам ДМС «Трудовой мигрант» в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, в течение срока действия договора страхования, в следствии внезапного острого заболевания или обострении хронического заболевания, травме, отравления в результате несчастного случая в неотложной форме, в ситуациях, не предоставляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица, но требующих принятия мер неотложного характера в случаях заболеваний и состояний, регламентированных Федеральными Законами РФ № 326-ФЗ от 29.10.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» ст.35, ч.6, № 115-ФЗ от 25.07.2002 ст.4 «О правовом положении иностранных граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011 часть 2.1 ст. 80 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на основе Указаний ЦБ РФ № 3793-У от 13.09.2015

**5. Перечень медицинских услуг**

**5.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме**

а) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

б) Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

в) Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

**5.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:**

а) Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях. Включает в себя диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и медицинских технологий. Оказывается врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе стоматологическую: купирование острой зубной боли, удаление зубов по неотложным показаниям.

б) Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включая оплату Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные 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, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

5.3. Скорая и неотложная медицинская помощь (доврачебная и врачебная), транспортировка по неотложным показаниям.

5.4. Посмертная репатриация тела в страну постоянного проживания.

**6. В программу не включаются (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:**

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих: холера; туберкулез; чума; сибирская язва; сепсис и мелиоидоз; лепра; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гепатит В; гепатит С; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); гельминтозы; педикулез, акриаз и другие инфекации.
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях,
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при сахарном диабете,
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения эпилепсии; различных травмах и соматических заболеваниях, возникших в связи с заболеваниями психогенной сферы;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при врожденных и наследственных заболеваниях
- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи; паллиативной помощи, медицинская реабилитация;
- по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованного лица;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- по оказанию медицинской помощи связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.
- по оказанию медицинской помощи связанной с профилактическими мероприятиями, в том числе проведение профилактических прививок;
- по лечению заболеваний органов и тканей, требующих сложного и реконструктивного оперативного лечения (проведения коронарографии, аорто-коронарного шунтирования, имплантации кардиостимулятора, трансплантации, ауто-трансплантации, эндопротезирования,

протезирования, имплантации, остеосинтеза, пластической хирургии и т.д.), нейрохирургического вмешательства;

- манипуляции на зубах, коронковая часть которых разрушена более чем на 50% (на момент первичного осмотра врачом) кроме удаления при острой боли;

Страховщик не оплачивает расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением используемых медицинским персоналом при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.