АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«БОРОВИЦКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО»
(АО «БОРОВИЦКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО»)

Первая редакция от 10.11.2016 г.
Вторая редакция от 31.08.2017 г.
Третья редакция от 28.09.2021 г.
Четвертая редакция от 29.03.2023 г.
Пятая редакция от 01.06.2023 г.
Шестая редакция от 15.10.2026 г.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
_____ К.В. Шамшев
Приказ № 3-20/11 от 20 ноября 2026 г.

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

г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ

Определения
I.Общие положения
II.Объект страхования
III.Страховые случаи и объем страховой ответственности
IV.Заключение договора страхования
V.Страховая сумма
VI.Франшиза
VII.Территория страхования
VIII.Определение размера страховой премии и порядок ее уплаты
IX.Порядок и условия осуществления страховой выплаты
X.Права и обязанности
XI.Прекращение действия договора страхования
XII.Недействительность договора страхования
XIII.Претензии и споры
XIV.Порядок внесения изменения и дополнений в правила страхования
XV.Прочие условия

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик

Акционерное общество «Боровицкое страховое общество» — юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

Страхователь

Юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования).

Застрахованное лицо

Указанное в договоре страхования дееспособное физическое лицо – иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации с целью осуществления им трудовой деятельности на основании разрешения на работу или патента (далее – Трудовые мигранты), в чью пользу заключен договор страхования.

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

Медицинские и иные организации

Медицинские организации:

- юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

Иные организации:

- учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность (организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации), реализующие изделия медицинского назначения, а также индивидуальные предпринимателя осуществляющие указанную деятельность;

- специализированные организации, в том числе сервисные медицинские компании, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

Конкретный перечень медицинских и иных организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к соответствующему Договору страхования.

Программа добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности «Трудовой мигрант» (далее - Программа, программа добровольного медицинского страхования)

Подразумевает перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая и оплачиваемых Страховщиком, и порядок их оказания. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

Медицинские услуги

Первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинскую помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, включая расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках программы добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий.

Медицинская помощь

Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и /или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Экстренная форма медицинской помощи

Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного лица.

Неотложная форма медицинской помощи

Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица.

Плановая форма оказания медицинской помощи

Медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью.

Иные услуги

Услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги, информационные услуги, а также медико-транспортные услуги, услуги по посмертной репатриации Застрахованного лица - возвращению тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну его постоянного места жительства.

Патент

Документ, подтверждающий в соответствии с законодательством Российской Федерации право иностранного гражданина, прибывшего в Российскую Федерацию, на временное осуществление на территории субъекта Российской Федерации трудовой деятельности.

Разрешение на работу

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина, прибывшего в РФ в порядке, требующем получения визы, и других категорий иностранных граждан в случаях, предусмотренных законодательством РФ, на временное осуществление на территории РФ трудовой деятельности.

Страховая сумма

Денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия (страховые взносы)

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии (страховых

взносов) рассчитывается на основе разработанных Страховщиком тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

Страховой тариф

Ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховой случай

Совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховая выплата

Денежная сумма, определяемая стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Страховая выплата не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в Договоре страхования.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованными лицами, медицинскими и иными организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.
1.2. Страховщик за обусловленную Договором страхования плату принимает на себя обязательство организовать и оплатить расходы медицинские услуги и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам при наступлении страхового случая, определенные программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования, в медицинских и иных организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.
1.3. Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, больные СПИДом на любой стадии и онкологическими заболеваниями в терминальной стадии.
Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора состоят на учете в туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, ВИЧ-инфицированы, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированы.

1.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

1.5. Действие Договора страхования распространяется только на страховые случаи, произошедшие в пределах указанной в нем территории.

II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы лица, о страховании которого заключен Договор страхования (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой, при наступлении страхового случая.

III. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские и иные организации, включенные в Программу, или согласованные со Страховщиком, за получением в объеме Программы медицинской помощи, медицинских и иных услуг, в случаях внезапных острых заболеваний, обострении хронических заболеваний и/или несчастных случаев. В случае если это предусмотрено Договором страхования также признаются страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела Застрахованного лица в объеме, предусмотренном Договором страхования и выбранной Программой.

Под внезапным заболеванием подразумевается болезнь, возникшая неожиданно в период действия Договора страхования и на территории страхования, и требующая неотложной или экстренной формы медицинской помощи.

Под несчастным случаем подразумевается внезапное, кратковременное внешнее событие, произошедшее в период действия Договора страхования и на территории страхования, повлекшее за собой травму, иное расстройство здоровья или смерть Застрахованного лица.

3.2. Конкретный перечень медицинской помощи, медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком, а также порядок их оказания, указывается в соответствующей Программе, прилагаемой к Договору страхования, и может состоять из:

3.2.1. **Базовых условий**, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях возникновения заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Кроме того, Базовые условия предусматривают:

- обеспечение лекарственными препаратами, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи;

- обеспечение медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Базовые условия включаются в программу добровольного медицинского страхования в обязательном порядке. При этом не являются застрахованными и не влекут за собой страховых выплат случаи, указанные в п.п. 3.3-3.4 настоящих Правил.

3.2.2. **Дополнительных условий**, включаемых в программу добровольного медицинского страхования по соглашению Страховщика и Страхователя (кроме случаев, указанных в п.п. 3.3 - 3.4 настоящих Правил):

3.2.2.1. получение Застрахованным лицом скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной форме;

3.2.2.2. услуги по репатриации тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания. Данная услуга включает в себя подготовку тела (останков) для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела (останков) осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя сопровождение гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуги на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

По соглашению сторон Договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг, предусмотренных п. 3.2.2 настоящих Правил.

Программам добровольного медицинского страхования могут присваиваться иные маркетинговые названия.

3.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинские и иные организации за медицинскими и иными услугами:

3.3.1. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;

3.3.2. 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,

3.3.3. По оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

3.3.4. По оказанию Застрахованному лицу первичной медико-санитарной и специализированной помощи в плановой форме;

3.3.5. По оказанию Застрахованному лицу первичной медико-санитарной и специализированной помощи в экстренной форме, если это прямо не предусмотрено Договором страхования (Программой);

3.3.6. По оказанию Застрахованному лицу скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, если это прямо не предусмотрено Договором страхования (Программой);

3.3.7. В связи с репатриацией тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица, если это прямо не предусмотрено Договором страхования (Программой);

3.3.8. 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;

3.3.9. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

3.3.10. 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;

3.3.11. По оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.3.12. Связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;

3.3.13. Если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Договором страхования и/или программой добровольного медицинского

страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные Договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования;
3.3.14. Если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором страхования и/или без согласования со Страховщиком;
3.3.15. Если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;
3.3.16. Если на момент обращения у Застрахованного лица отсутствовал действующий Патент (разрешение на работу).
3.4.В соответствии со ст. 964 Гражданского Кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:
3.4.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
3.4.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
3.4.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.5. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских и иных услуг, полученных Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования является соглашением между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик за установленную Договором страхования страховую премию, уплаченную Страхователем, берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования.

4.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением и сообщает следующие сведения, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в договоре страхования, и оценки страховых рисков:

4.2.1.Если Страхователем выступает физическое лицо: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения также сообщить с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве); пол; дату рождения; гражданство (при наличии); адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дату регистрации; данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства - вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве); контактную информацию (телефон, факс, адрес электронной почты (при наличии); ИНН (при наличии));

4.2.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо: организационно-правовую форму; полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование для коммерческих организаций на русском языке; если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, сообщить также наименование юридического лица на этих языках; адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия такого органа - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом; контактную информацию (телефон, факс, адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии)); ИНН; ОГРН, дату и место государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр юридических лиц; фамилию, имя, отчество (последнее - при

наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать Договор страхования от имени Страхователя и данные документа, подтверждающего такие полномочия;
4.2.3. Если Страхователем является индивидуальный предприниматель: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения также сообщить с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве); дату рождения; гражданство (при наличии); адрес места жительства (регистрации) на территории Российской Федерации; данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства - вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве); контактную информацию (телефон, факс, адрес электронной почты (при наличии)); ИНН; ОГРН, дату и место государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;
4.2.4. Информацию о Застрахованном лице: общие сведения: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с применением букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность и признаваемом Российской Федерацией в этом качестве; пол; дату рождения; вид и данные документа, удостоверяющего личность и признаваемого Российской Федерацией в этом качестве; адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации; гражданство (при наличии); контактную информацию (телефон, адрес электронной почты (при наличии)); предполагаемый срок действия разрешения на работу или патента; дополнительные сведения (по требованию Страховщика): сведения об имевшихся и имеющихся заболеваниях, травмах Застрахованного лица; сведения об имеющейся или имевшейся инвалидности; сведения о деятельности Застрахованного лица на территории страхования;
4.2.5. Условия, на основании которых Страхователь желает заключить Договор страхования: перечень и объем медицинских услуг (Программа), страховая сумма, порядок уплаты страховой премии и т.п.
4.3. Заявление, составленное в письменной форме, становится неотъемлемой частью Договора страхования.
Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.
4.4. По требованию Страховщика при заключении Договора страхования Страхователь должен предоставить следующие документы:
- документы, удостоверяющие личность Страхователя - физического лица, в том числе являющегося индивидуальным предпринимателем, представителя Страхователя - юридического лица, а также Застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства - данные документы должны признаваться Российской Федерацией в качестве документов, удостоверяющих личность);
- свидетельство о регистрации или карточку предприятия Страхователя – юридического лица, Страхователя - индивидуального предпринимателя;
- доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя - юридического лица;
- данные о Застрахованных лицах, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень, в том числе сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица;
- предложения по включению в программу добровольного медицинского страхования Дополнительных условий из числа указанных в п. 3.2 настоящих Правил;
- сведения о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;
- срок, на который заключается Договор страхования исходя из предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента;
- согласия на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

- медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица (результаты медицинских анализов и обследований, заключение врача по результатам медицинского осмотра и обследования Застрахованного лица, заключения профильных специалистов).

Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования за счет Страхователя или медицинского анкетирования Застрахованного лица для оценки состояния здоровья и степени страхового риска. В случае отказа Страхователя/Застрахованного лица от прохождения медицинского освидетельствования или от медицинского анкетирования Договор страхования может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наивысшего страхового риска.

4.5. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении и (или) медицинской анкете сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

Если недостоверность сведений, сообщенных при заключении Договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления Договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора страхования.

4.6. Страховщик рассматривает заявление и иные представленные Страхователем материалы, проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования.

4.7. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. Договор страхования может быть заключен в стандартной бумажной форме (путем составления единого документа, подписанного обеими сторонами, либо посредством вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного или устного заявления, страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции) с приложением настоящих Правил страхования, либо в виде электронного документа (если это не противоречит соответствующим нормам законодательства Российской Федерации).

Договор страхования может быть вручен Страхователю любым общедоступным способом.

Договор страхования подписывается уполномоченными представителями сторон, с указанием фамилии, имени (отчества, если применимо) или инициалов, должности, реквизитов документа, подтверждающего полномочия подписанта. Каждая сторона может потребовать от другой стороны заверенную копию документа, подтверждающего полномочия подписанта. Данное положение применяется ко всем документам при исполнении договора страхования.

4.8. Договор страхования в виде электронного документа может быть заключен 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.

4.8.1. Электронный документооборот осуществляется в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и иным применимым законодательством Российской Федерации.

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

4.9. Порядок заключения договора страхования в виде электронного документа, требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме:

4.9.1. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь предоставляет Страховщику заявление на страхование через официальный сайт Страховщика www.bsoinsur.ru., официальный сайт представителя Страховщика, путем заполнения формы заявления на страхование в электронном виде, в том числе путем проставления соответствующих отметок на электронных страницах указанного сайта, или другим способом электронного оборота, указанным в п.6.6 Правил, в том числе на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условий страхования и/или заявления на страхование установленной Страховщиком формы.
4.9.2. Заявление на страхование и/или иная, отправляемая Страхователем информация, в электронной форме подписываются Страхователем усиленной квалифицированной электронной подписью, согласно нормам Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и настоящих Правил, если иного не предусмотрено соглашением сторон.
4.9.3. Усиленная квалифицированная электронная подпись, кроме того, может использоваться для удостоверения подлинности копий (фотографий, скан-копий) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов.
4.9.4. В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью (если иного не предусмотрено соглашением сторон).
4.9.5. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта и Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному его собственноручной подписью и заверенному печатью.
4.9.6. Электронный договор страхования, составленный в виде единого документа, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и Страхователя (если иного не предусмотрено соглашением сторон).
4.9.7. Электронный страховой полис (свидетельство, сертификат, квитанция), выдаваемый Страховщиком Страхователю в подтверждение заключения договора страхования, а также при заключении договора страхования в виде электронного страхового полиса на основании заявления Страхователя в письменной или устной форме, подписывается только усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика (если иного не предусмотрено соглашением сторон).
4.9.8. В соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1 Закона от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Договор страхования (Полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью АО «Боровицкое страховое общество», признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя АО «Боровицкое страховое общество».
4.9.9. При заключении договора страхования (полиса) в виде электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию или первый взнос страховой премии (при рассрочке платежа) после ознакомления с настоящими Правилами страхования, условиями, содержащимися в договоре страхования (страховом полисе) и настоящих Правилах, подтверждая тем самым свое согласие на заключение договора страхования (страхового полиса) на предложенных Страховщиком условиях, если иное не предусмотрено условиями договора страхования (страхового полиса).
4.9.10. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил, договора страхования (страхового полиса) и иными необходимыми документами может подтверждаться, в том числе:

4.9.10.1. специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика или в мобильном приложении Страховщика или его уполномоченного представителя;
4.9.10.2. получением от Страхователя подтверждения, подписанного простой электронной подписью Страхователя с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», путем направления на номер мобильного телефона Страхователя кода и внесения этого кода в информационную систему Страховщика или его уполномоченного представителя, которое подтверждает факт формирования простой электронной подписи Страхователя.
4.9.11. Текст настоящих Правил, на основании которых заключен договор страхования (страховой полис), включается в текст электронного договора страхования (страхового полиса) в качестве приложения, являющегося его неотъемлемой частью.
4.9.12. Договор страхования (страховой полис), составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).
4.9.13. По требованию страхователя (застрахованного лица, выгодоприобретателя) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.
4.9.14. 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.
4.10. Бланк страхового полиса для заключения договора страхования в стандартной бумажной форме изготавливается с соблюдением установленных мер защиты полиграфической продукции.

4.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования Правил страхования удостоверяется записью в Договоре страхования (страховом полисе).

4.12. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме.

4.13. Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских и иных услуг по Договору страхования, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица. Возврат страховых взносов в этом случае производится в порядке, аналогичном предусмотренному в п.11.6.

4.14. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса он или Страхователь должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг. Взамен утраченных документов Страхователю выдаются дубликаты на основании письменного заявления.

При повторной утрате страхового полиса в период действия страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

4.15. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами Договора страхования и настоящими Правилами преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

4.16. Срок действия страхования устанавливается Договором страхования по соглашению Страхователя и Страховщика, исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

4.17. Если условиями Договора специально не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу в случае уплаты Страхователем суммы страховой премии или первого ее взноса:

− при уплате страховой премии наличными деньгами – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, уплаты страхового взноса Страховщику (его представителю), и не ранее начала действия разрешения на работу или патента;

− при уплате страховой премии путем безналичных расчетов – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления средств на расчетный счет Страховщика, и не ранее начала действия разрешения на работу или патента.

4.18. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата его окончания, если Договором страхования не предусмотрено иное, но не позднее окончания действия разрешения на работу или патента.

V. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, входящих в Программу.

При этом страховые суммы по Базовым и Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования устанавливаются отдельно.

По Базовым условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается в размере не менее 100 000 (Ста тысяч) рублей на каждое Застрахованное лицо на период действия Договора страхования.

По Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя.

5.2. Договором страхования устанавливается "уменьшаемая" страховая сумма, которая рассчитывается как разность страховой суммы (по базовым или дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования) на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (по Базовым или Дополнительным условиям программы добровольного медицинского страхования соответственно) (далее - агрегатная страховая сумма).

В случае, если агрегатная страховая сумма по Базовым условиям исчерпана полностью:

- обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, действие Договора страхования прекращается (если Программа включает в себя только Базовые условия);
- обязательства Страховщика в отношении Базовых условий считаются исполненными (если Программа включает Базовые и Дополнительные условия).

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы, установленной в отношении Базовых условий, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей (если законодательством Российской Федерации не установлено иное).

5.3. Договором страхования в отношении Дополнительных условий программы добровольного медицинского страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика - ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам услуг.

Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям дополнительных услуг).

По Базовым условиям программы добровольного медицинского страхования лимиты ответственности не устанавливаются.

5.4. Страховые суммы указываются в российских рублях.

VI. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная – в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы выплаты или в абсолютном размере.

При условной франшизе Страховщик освобождается от обязанностей по выплате страхового возмещения, если размер компенсации за причинение вреда не превышает размер франшизы, а если размер компенсации превышает франшизу, то Страховщик производит страховую выплату в размере компенсации.

При безусловной франшизе Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения по каждой компенсации за причинение вреда в оговоренном размере франшизы (в абсолютном или процентном отношении к размеру убытка).

6.2. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу (период ожидания), то есть период времени (в днях) - между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи и иных услуг, - в течение которого оплата полученных медицинских и иных услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

6.3. Применение в Договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

VII. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Территорией действия договора добровольного медицинского страхования Трудовых мигрантов является Российская Федерация.

VIII. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

8.1. Страховой премией является плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с Договором страхования.

8.2. Размер страховой премии по Договору страхования исчисляется Страховщиком исходя из выбранной Страхователем Программы, размера страховой суммы, страхового тарифа и срока действия Договора страхования.

8.3. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

8.4. При заключении Договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы, а также повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифам, учитывающие условия страхования и факторы, влияющие на степень риска (Приложение № 2 к настоящим правилам страхования).

При страховании на срок более одного года, общая страховая премия по Договору страхования рассчитывается исходя из величины годового страхового тарифа умноженного на коэффициент k⁄12, где k – срок действия страхования в месяцах, при этом неполный месяц считается за полный.

8.5. Страховая премия может быть уплачена:

- наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты.

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

Страховщик вправе предоставить Страхователю рассрочку в уплате страховой премии. В этом случае Договором страхования могут быть предусмотрены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

8.7. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

8.8. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в Договоре страхования.

8.9. Если по Договору страхования к установленному строку уплаты страховая премия (при единовременной оплате) или первый страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) не уплачен или уплачен не в полном объеме, то такой Договор страхования считается не вступившим в силу.

8.10. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса не в полном объеме, Договор страхования досрочно прекращает свое действие со дня, следующего за днем уплаты очередного страхового взноса, уплата которого была просрочена либо уплата которого была произведена Страхователем не в полном объеме.

IX. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать установленный для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в Договоре страхования.

9.2. Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской и иной организации в соответствии с условиями договора на предоставление медицинских и иных услуг и на основании счета медицинской и иной организации за оказание медицинских и иных услуг, либо посредством компенсации Застрахованному лицу (в случае репатриации – иному лицу) документально подтвержденных затрат по оплате медицинских и иных услуг, включенных в программу добровольного медицинского страхования.

9.3.Договор на предоставление медицинских услуг – это соглашение между медицинской организацией и Страховщиком, по которому медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным лицам помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования. Договором на предоставление медицинских услуг должны быть установлены стоимость работ (услуг) и порядок расчетов.

9.4. Застрахованное лицо (в случае репатриации – родственник Застрахованного лица или иное лицо) по предварительному согласованию со Страховщиком вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные Программой.

Основанием для страховой выплаты в этом случае является заявление на страховую выплату с приложением документов:

- об оплате медицинских и иных услуг, оказанных медицинской и иной организацией Застрахованному лицу в соответствии с Программой (медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, состоянии здоровья Застрахованного лица при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.п.); копия договора об оказании медицинских услуг; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);

-об оплате услуг по репатриации (копия свидетельства о смерти, выданное отделом записи актов гражданского состояния, и/или медицинского свидетельства о смерти; копия договора со специализированной организацией об оказании ритуальных услуг и услуг по репатриации; оригиналы счетов с указанием перечня услуг и их стоимости, чеков и иных платежных документов, подтверждающих факт оплаты услуг);

- документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

9.5. В случае, предусмотренном п.9.4 настоящих Правил, Страховщик осуществляет страховую выплату либо направляет мотивированный отказ в страховой выплате получателю страховой выплаты в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения им последнего документа, необходимого для принятия такого решения, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

9.6. Для получения медицинских и иных услуг, определенных Программой, Застрахованное лицо (иное лицо – для получения услуг по репатриации) обращается в соответствии с порядком, предусмотренным Договором страхования/Программой, в медицинские и иные организации, предусмотренные Программой, или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в Программе.

9.7. При обращении в медицинские и иные организации Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также страховой полис.

9.8. В случае если Договором страхования установлена страховая сумма и (или) лимиты ответственности, размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности).

Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страхования страховую сумму.

При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности) эти услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу только после увеличения страховой суммы по Договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских организациях, определенных в Договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

9.9. В случае, если по Договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по Договору страхования или каждому страховому случаю определяется с учетом франшизы.

9.10. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские и иные услуги, если:

− Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный медицинской организацией внутренний распорядок;
− Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Договором страхования;
− Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования;
− Установлен факт передачи Застрахованным лицом страхового полиса другому лицу для получения им медицинские и иные услуги;
− Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении Договора страхования;
− Страховщик не был извещен в срок о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

− Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

9.11. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до завершения по медицинским показаниям (с учетом сроков по госпитализации, предусмотренных Программой).

X. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

10.1. **Застрахованное лицо имеет право**:

10.1.1. на получение медицинских и иных услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских и иных организациях, перечень которых определен в Договоре страхования;
10.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
10.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты в порядке, предусмотренном п.4.12 настоящих правил;
10.1.4. сообщить Страховщику о случаях не предоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

10.2. **Застрахованное лицо обязано:**

10.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;
10.2.2. соблюдать порядок пользования страховым полисом, при утрате немедленно сообщить Страховщику;
10.2.3. не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;
10.2.4. В период действия Договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п.10.6.5 настоящих Правил страхования).
10.2.5. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

10.3. **Страхователь обязан**:

10.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования, в том числе информацию об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У;
10.3.2. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;
10.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинских и иных услуг;
10.3.4. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных лиц;
10.3.5. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

10.3.6. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 10.3.5 настоящих Правил, в течение 3 рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика;

10.3.7. В период действия Договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (п.10.6.5 настоящих Правил страхования).
10.3.8. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
10.4. **Страхователь имеет право**:
10.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
10.4.2. в течение срока действия Договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить размер страховой суммы, установив его в размере не менее оговоренного в п. 5.1 настоящих Правил, а также срок действия Договора страхования, установив его продолжительность с учетом п. 4.14 настоящих Правил;
10.4.3. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением досрочно прекратить Договор страхования, в том числе в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному договору страхования;
10.4.4. обратиться с письменным заявлением к Страховщику с предложением дополнительно включить в коллективный Договор страхования новых Застрахованных лиц;
10.4.5. производить замену Застрахованных лиц в течение срока действия Договора страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. Замена Застрахованного лица производится с согласия этого лица и Страховщика;
10.4.6. досрочно расторгнуть Договор страхования, письменно уведомив об этом Страховщика не менее чем за 30 календарных дней.
10.5. **Страховщик обязан**:
10.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;
10.5.2. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) индивидуальные страховые полисы;
10.5.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, гарантированных условиями Договора страхования;
10.5.4. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования;
10.5.5. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями Договора страхования;
10.5.6. уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по Базовым условиям в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей;
10.5.7. Выполнять иные обязанности и совершать действия, предусмотренные настоящими Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.
10.6. **Страховщик имеет право**:
10.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;
10.6.2. не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных п.п. 3.3 – 3.5 настоящих Правил;
10.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) условий Договора страхования;
10.6.4. в случае если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных или отозвало его, такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг по добровольному медицинскому страхованию в отношении данного Застрахованного лица в рамках Договора страхования, в связи с чем Страховщик вправе не заключать Договор страхования или прекратить страхование в отношении данного Застрахованного лица;

10.6.5. При возникновении обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать изменений условий Договора страхования и/или уплаты Страхователем дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Значительными признаются обстоятельства, оговоренные в Договоре (полисе) страхования и в заявлении о заключении Договора страхования.

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

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

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

10.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них взносы за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания страхового периода.

10.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него лицах.

Если исключаемому из Списка Застрахованных лиц в период действия Договора страхования не было произведено страховых выплат, сумма страховой премии, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в Список взамен выбывших.

Страховые полисы лиц, исключаемых из Списка Застрахованных лиц, возвращаются Страховщику.

10.9. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и (или) о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации.

10.10. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права, и обязанности сторон.

XI. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает действие, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских и иных услуг по Договору страхованию в случае:

11.1.1. истечения срока действия Договора страхования;

11.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме, в частности, при полном исчерпании агрегатной страховой суммы в отношении Застрахованного лица (действие страхования прекращается в отношении того Застрахованного лица, по которому исчерпана страховая сумма);

11.1.3. смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица, за исключением случаев, когда Договором страхования или программой добровольного медицинского страхования предусмотрена услуга по репатриации тела (останков) Застрахованного лица в случае его смерти. В этом случае страхование в отношении умершего Застрахованного лица прекращается с момента доставки тела до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания;

11.1.4. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

11.1.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;
11.1.6. ликвидации Страхователя - юридического лица, в случае если Застрахованное лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;
11.1.7. требования субъекта персональных данных, являющегося Страхователем, полностью прекратить обработку персональных данных в соответствии с п.15.2 настоящих Правил страхования. При этом такое требование считается отказом от Договора страхования, и уплаченная по Договору страхования премия возврату не подлежит;
11.1.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.
11.2. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по Договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.
11.3. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное, а также по соглашению сторон.
11.4. О намерении досрочного расторжения Договора страхования сторона-инициатор расторжения, обязана уведомить другую не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.
11.5. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
11.6. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 11.5 настоящих Правил. При досрочном прекращении Договора страхования по данному основанию уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.
11.7. Страхователь вправе отказаться от договора страхования по причине не предоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У.

В случае отказа Страхователя от договора страхования по причине не предоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У, Страховщик возвращает Страхователю часть ранее уплаченной по договору (полису) страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Возврат причитающейся Страхователю в упомянутом выше случае части страховой премии производится Страховщиком в срок не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения им письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования по причине не предоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У.
11.8. Во всех случаях прекращения Договора страхования, если в Договоре не предусмотрено иное, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис, действие которого прекращается с момента окончания срока страхования, поступления письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия Договора страхования, принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении действия Договора страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным Лицом) своих обязанностей, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами.

XII. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если Договор страхования заключен после наступления страхового случая.

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

Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

XIII. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

13.1. Споры, вытекающие из Договоров страхования, разрешаются Сторонами путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

XIV. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования вносятся в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации

XV.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

15.1. Страховщик является оператором, осуществляющим обработку персональных данных.
15.2. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия Договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет после исполнения договора (полиса) страхования осуществлять обработку персональных данных, указанных в договоре (полисе) страхования и иных документах, используемых Страховщиком для их обработки в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и с целью исполнения Страховщиком условий Договора страхования и требований, установленных действующим законодательством о персональных данных физических лиц, в том числе для осуществления добровольного медицинского страхования, в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания медицинских и иных услуг, в целях проверки качества оказания медицинских и иных услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских и иных организаций, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Страхователь обязан до заключения Договора страхования на основании настоящих Правил страхования получить согласия от физических лиц, указанных в заявлении на страхование и иных документах, на обработку Страховщиком их персональных данных и по запросу предоставить их Страховщику. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц, указанных в заявлении на страхование и (или) договоре (полисе) страхования и иных документах, на обработку их персональных данных, в том числе по возмещению убытков, понесенных Страховщиком в случае предъявления

претензий со стороны третьих лиц и/или государственных органов.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах страхования понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам (включая медицинские организации), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, осуществления страховой выплаты, администрирования Договора страхования, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает свое согласие на запрос любой дополнительной информации в любых учреждениях (включая медицинские организации) и у врачей, в том числе о состоянии своего здоровья (причине смерти, диагнозе и др.) с целью исполнения Страховщиком своих обязанностей в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Стороны также обязуются обеспечивать надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных физических лиц в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Субъект персональных данных вправе потребовать прекратить обработку персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком. В случае требования полностью прекратить обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае такого требования со стороны субъекта персональных данных, являющегося Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего требования. После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае поступления вышеуказанного требования, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 25 (двадцать пять) лет с момента прекращения действия Договора страхования либо с момента получения Страховщиком соответствующего требования.

Приложение 1
к Правилам добровольного медицинского страхования
иностранных граждан и лиц без гражданства,
находящихся на территории Российской Федерации
с целью осуществления ими трудовой деятельности

Программа добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности «Трудовой мигрант»

I «Базовые условия»

1.1. Перечень предоставляемых услуг

1.1.1. В рамках настоящих базовых условий страхования Страховщик при наступлении страхового случая, предусмотренного Правилами, организует и оплачивает медицинские услуги, оказываемые в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением случаев, указанных в разделе 3 «Исключения из страхования».

1.1.2. Базовые условия предусматривают оплату лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, используемыми медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

1.1.3. В рамках настоящих базовых условий Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях в объеме, необходимом для купирования неотложного состояния, следующие медицинские услуги, оказываемые врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом:

- Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме – диагностические и лечебные, в том числе: консультации врача в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара; назначенные врачом лабораторные и инструментальные исследования; оказание медицинской помощи на дому врачом-терапевтом (в случае, когда застрахованное лицо по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинскую и иную организацию, нуждается в постельном режиме).
- Специализированная медицинская помощь в неотложной форме – диагностические и лечебные, в том числе: консультации, лабораторные и инструментальные исследования, пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, хирургическое и консервативное лечение, лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара, пребывание в стационаре в палате стандартного типа (общей палате).

1.2. Порядок оказания услуг

1.2.1. При необходимости получения Застрахованным лицом медицинских и/или иных услуг Застрахованное лицо обращается по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

1.2.2. В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую и иную организацию, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретной медицинской и иной организации.

1.2.3. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинской и иной организации.

1.2.4. При обращении в медицинскую и иную организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис, направление Страховщика (при необходимости) и документ, удостоверяющий личность.
1.2.5. При невозможности получения рекомендованных врачом медицинских услуг в медицинской и иной организации, в которой проводится лечение, Застрахованное лицо обращается по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

II «Дополнительные условия»

2.1. Перечень условий, включаемых в программу добровольного медицинского страхования, определяется по соглашению Страховщика и Страхователя. По соглашению сторон Договор страхования может быть заключен с включением в программу добровольного медицинского страхования всех или отдельных услуг из предусмотренных настоящим разделом.
2.2. В рамках настоящих дополнительных условий страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу организацию и оплату:

2.2.1. услуг скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной форме.

2.2.1.1. Организуется Страховщиком при наличии договорных отношений с медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на оказание услуг скорой и неотложной медицинской помощи на возмездной основе. В случае отсутствия таких медицинских и иных организаций в населенном пункте по месту нахождения Застрахованного лица скорая медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу муниципальной службой скорой и неотложной медицинской помощи по федеральному номеру для вызова «112».
2.2.1.2. Перечень оказываемых услуг: выезд бригады скорой помощи, осмотр больного, проведение экспресс-диагностики в объеме, который определяется медицинскими показаниями, купирование неотложного состояния, организация и медицинская транспортировка, при необходимости госпитализации.

2.2.2. услуг по репатриации тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица.

2.2.2.1. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания.
2.2.2.2. Данная услуга включает в себя подготовку тела (останков) для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела (останков) осуществляется в соответствии с международными стандартами. Данная услуга не включает в себя расходы за хранение тела, сопровождение гроба с телом (урны с прахом) во время перевозки, организацию похорон, траурной церемонии, погребения, поминальной трапезы, установки надгробных сооружений, услуги на подготовку тела в соответствии с религиозными обычаями.

2.3. Порядок оказания услуг

2.3.1. При необходимости получения медицинских и/или иных услуг в случае, предусмотренном п. 2.2.1 - Застрахованное лицо, в случае, предусмотренном в п.2.2.2 - представитель Застрахованного лица, обращается по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

III.Исключения из страхования

3.1. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинские и иные организации за медицинскими и иными услугами:
3.1.1. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
3.1.2. 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,

3.1.3. По оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;
3.1.4. По оказанию Застрахованному лицу первичной медико-санитарной и специализированной помощи в плановой форме;
3.1.5. По оказанию Застрахованному лицу первичной медико-санитарной и специализированной помощи в экстренной форме, если это прямо не предусмотрено Договором страхования (Программой);
3.1.6. По оказанию Застрахованному лицу скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, если это прямо не предусмотрено Договором страхования (Программой);
3.1.7. В связи с репатриацией тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица, если это прямо не предусмотрено Договором страхования (Программой);
3.1.8. 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,
3.1.9. По оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий,
3.1.10. 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,
3.1.11. По оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом.
3.1.12. Связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.
3.1.13. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные Договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования;
3.1.14. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором страхования и/или без согласования со Страховщиком;
3.1.15. если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;
3.1.16. если на момент обращения у Застрахованного лица отсутствовал действующий Патент (разрешение на работу).
3.2.В соответствии со ст. 964 Гражданского Кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:
3.2.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
3.2.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
3.2.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
3.3. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских и иных услуг, полученных Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

IV.Перечень медицинских и иных организаций, предусмотренный Программой

Вид медицинской помощи	Наименование, адрес медицинской и иной организации~~,~~ контактный телефон