

Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного медицинского страхования по
страховому продукту

**«Комплексная медицинская помощь»
(для трудовых мигрантов) МСК**

подготовлен на основании

**Правил комбинированного
добровольного медицинского
страхования трудовых
мигрантов от 26.05.2016
(далее Правила),
размещенных по ссылке
[https://guidehins.ru/wp-
content/uploads/rules_tariffs/r
ules-migrants-2016.pdf](https://guidehins.ru/wp-content/uploads/rules_tariffs/rules-migrants-2016.pdf)**



Страховщик: **Акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ»**
(АО «СК ГАЙДЕ»)
Адрес: 191119, Санкт-Петербург, Лиговский пр-кт, д. 108, лит. А

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Договор страхования предусматривает защиту от следующих рисков:

- «Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме.»
Страховщик возмещает расходы по оплате и организации медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг: Расходы в связи с обращением Застрахованного за получением медицинской помощи (Первичной медико-санитарной помощи (Пункт 1 Программы страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов) и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в объеме (Пункт 2 Программы страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов), определенном Программой, являющейся неотъемлемой частью договора страхования).
- «Услуги по репатриации» (Пункт 3 Программы страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов)

В случае противоречия положений Правил страхования и условий Программы страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов, преобладают положения условий Программы страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов.

Полный перечень рисков указан в Договоре страхования/Программе добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов /Правилах страхования (раздел 3).

Данный раздел может быть дополнен/сокращен в соответствии с Правилами страхования/Программой добровольного медицинского страхования

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

- события, произошедшего вне Территории страхования, указанной в Договоре;
 - события, произошедшего вне периода страхования (вне периода страхового покрытия);
 - не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию с целью получения медицинских услуг (медицинской помощи);
 - 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, ТРОС, covid-19), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
 - 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 медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
 - связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми Застрахованного лица.
- Полный перечень исключений приведен в п.п. 3.7., 3.8., 3.9., 3.10. Правил страхования, а также в разделе 4 Программы страхования «Комплексная медицинская помощь» для трудовых мигрантов.

По соглашению сторон список применяемых исключений может быть изменен (сокращен или дополнен)

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Договор страхования действует на территории Российской Федерации

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан до обращения в медицинское учреждение обратиться к Страховщику (его представителю, осуществляющему функции ассистанса) по телефонам, указанным в страховом полисе (приложениях к нему) с сообщением о случившемся происшествии и сообщить следующую информацию:

фамилия, имя, отчество (если имеется) Застрахованного лица; номер Договора страхования (страхового полиса); характер требуемой помощи; местонахождение и номер телефона для обратной связи.
Полный перечень условий указан в Правилах страхования (раздел 9).

Страховая выплата производится путём организации оказания медицинских услуг Застрахованному лицу.
Оплата услуг производится Страховщиком непосредственно лечебному медицинскому учреждению.

В экстренных случаях, в случае невозможности Страховщиком (его представителем, осуществляющим функции ассистанса) предоставить оказание требуемых медицинских услуг, Застрахованное лицо по предварительному согласованию со Страховщиком самостоятельно оплачивает оказанные ему медицинские услуги. В этом случае заявление об осуществлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 33 (Тридцати трех) дней с момента наступления страхового случая.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить оригиналы документов:

- письменное заявление о случившемся с приложением банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты);
- Договор страхования (страховой полис);
- медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;
- направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;
- документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов.

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется в течение 20 (Двадцати) дней со дня представления указанных документов

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" ¹ .	Требования настоящего Указания не распространяются на осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.
2. Отказ от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования	100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. Отказ страхователя от договора добровольного страхования в случае, если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	
4. Досрочное расторжение договора добровольного страхования по соглашению сторон	Сумма возврата определяется соглашением сторон

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение:

- 7 рабочих дней с даты получения Страховщиком заявления об отказе от договора добровольного страхования (по п. 2 настоящего раздела);
- 15 рабочих дней с даты получения Страховщиком всех необходимых документов (по п. 3 настоящего раздела)

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

- Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
- Если страховщик не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей (сумма, установленная Федеральным законом от 4 июня 2018 года N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг"²), до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:
сайт: www.fipombudsman.ru, адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.
- Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

¹ Зарегистрировано Минюстом России 12 февраля 2016 года, регистрационный N 41072, с изменениями, внесенными Указаниями Банка России от 1 июня 2016 года N 4032-У (зарегистрировано Минюстом России 27 июня 2016 года, регистрационный N 42648), от 21 августа 2017 года N 4500-У (зарегистрировано Минюстом России 8 сентября 2017 года, регистрационный N 48112).

² Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 24, ст. 3390; 2022, N 1, ст. 40.