

Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного медицинского страхования «Трудовой Мигрант – РФ» Подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов» ООО «МСГ» в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (Полиса) (далее – Правила). Правила размещены на официальном сайте Страховщика по адресу: https://www.iig-ltd.ru/upload/iblock/880/dms-migranty-red-21.06.2019.pdf	
2/24П Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «МЕЖДУНАРОДНАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА» (ООО «МСГ») Адрес: 123182, Г. МОСКВА, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ ЩУКИНО, УЛ АВИАЦИОННАЯ, Д. 77, К. 2, ПОМЕЩ. Сайт: https://www.iig-ltd.ru	
Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО	
Риск возникновения необходимости обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию для получения: а) первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях; б) специализированной медицинской помощи в неотложной форме в стационарных условиях, в связи с расстройством здоровья (заболевание, травма, иное состояние здоровья Застрахованного лица), повлекшим необходимость оплаты организации и оказания такой помощи на территории и в рамках программы страхования, предусмотренных договором страхования, с учетом исключений из страхования, предусмотренных договором страхования (Правилами страхования); Возмещение расходов на репатриацию останков Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта, вокзала, или порта в государстве, гражданином которого он являлся, в случае его смерти в результате заболевания, травмы, иного состояния здоровья Застрахованного лица, исключая расходы на ритуальные услуги и хранение тела. Сумма возмещения расходов не превышает 100 000 руб. В Программу страхования входит и Страховщик оплачивает: Организацию (получение) трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной* форме в случаях заболеваний, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Указания Центрального Банка Российской Федерации от 13 сентября 2015 г. № 3793-У, а именно: ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ оказывается в амбулаторных условиях по неотложным показаниям и включает в себя: Амбулаторно – поликлиническую помощь: приемы врачей-специалистов: терапевта, гинеколога, кардиолога, невролога, отоларинголога, офтальмолога, уролога, хирурга, травматолога; оформление медицинской документации: выдача листов нетрудоспособности, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных; лабораторную диагностику: клинический анализ мочи; клинический анализ крови; инструментальные методы исследования: рентгенологические методы исследования (кроме рентгеноконтрастных методов, исследований с функциональными пробами); ультразвуковую диагностику (УЗИ органов брюшной полости и малого таза); функциональную диагностику (ЭКГ); эндоскопические исследования органов пищеварения (ЭГДС); лечебные и диагностические манипуляции в терапии, хирургии, оториноларингологии, офтальмологии, гинекологии, урологии, травматологии, направленные на купирование и диагностику острого заболевания; услуги процедурного кабинета: подкожные, внутримышечные, внутривенные струйные инъекции - при оказании неотложной медико-санитарной помощи. - Стоматологическая помощь в неотложной форме: прием врача-стоматолога; рентгенография; местная анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая; купирование острой боли: удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), лечение острого пульпита: девитализация пульпы, постановка временной пломбы; вскрытие абсцесса. Не оплачиваются манипуляции на зубах, коронковая часть которых разрушена более чем на 50% (на момент первичного осмотра врачом) кроме удаления при острой боли; Скорая неотложная медицинская помощь: выезд бригады скорой медицинской помощи по неотложным показаниям в пределах МКАД; проведение диагностических и неотложных лечебных мероприятий; транспортировка Застрахованного лица в стационар с целью госпитализации по неотложным показаниям. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ в неотложной форме включает в себя: госпитализацию Застрахованного лица при остром заболевании, обострении хронических заболеваний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме в условиях стационара. В Программу входит: пребывание в общей палате профильного отделения стационара (питание, медикаментозное лечение); консультации специалистов; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика и лечение, имеющиеся в наличии в стационаре; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; реанимационные мероприятия. Возмещение затрат на репатриацию останков Застрахованного лица до ближайшего к его постоянному месту жительства аэропорта, вокзала, или порта в государстве, гражданином которого он являлся, в случае его смерти в результате заболевания, травмы, иного состояния здоровья Застрахованного лица, исключая расходы на ритуальные услуги и хранение тела.	
Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО.	

Обращение Застрахованного в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком, не является страховым событием и Страховщиком не оплачивается.

В Программу не входят и Страховщик не оплачивает медицинские услуги:

- не назначенные врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;
- при возникновении последствий нарушений рекомендаций специалистов;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия, ТОРС);
- при 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;
- при злокачественных новообразованиях;
- при сахарном диабете;
- при психических расстройствах и расстройствах поведения; эпилепсии; различных травмах и соматических заболеваниях, возникших в связи с заболеваниями психогенной сферы;
- при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением;
- при врожденных и наследственных заболеваниях;
- по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи; паллиативной помощи, медицинская реабилитация;
- по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованного лица;
- 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;
- при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом, в том числе при нарушении техники безопасности;
- по оказанию медицинской помощи, связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами;
- связанные 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, аутоперитрансплантации, 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;
- * неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Территория страхования: Российская Федерация

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

1. Медицинская помощь организуется при обращении Застрахованного в круглосуточную медико-сервисную службу Страховщика по телефонам: 8 (800) 333-38-41 (для звонков из регионов кроме Москвы). 8 (495) 933-38-41 (для звонков из Москвы).

Необходимо:

- сообщить о случившемся происшествии и сообщить следующую информацию: Фамилию, Имя Застрахованного, номер Договора (полиса) страхования, характер требуемой помощи, местонахождение и номер телефона для обратной связи;
- получить медицинскую помощь в строгом соответствии с указаниями Страховщика (представителя Страховщика);
- предъявить медицинскому персоналу оригинал Договора (полиса) страхования;
- согласовывать свои действия и следовать указаниям Страховщика (представителя Страховщика);
- соблюдать предписания врача и правила поведения пациентов, установленные медицинским учреждением

После получения информации Страховщик организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных договором (Программой ДМС)

медицинских услуг. 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.

Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского и иного учреждения в соответствии с условиями договора на предоставление медицинских и иных услуг и на основании счета медицинского и иного учреждения за оказание медицинских и иных услуг. Страховая выплата Страхователю (Застрахованному) не предусмотрена.

2. При репатриации Застрахованного в случае его смерти страховая выплата производится лицу, подтвердившему понесенные расходы по репатриации Застрахованного лица. Размер страховой выплаты определяется документально подтвержденными затратами

по оплате услуг, включенных в программу добровольного медицинского страхования. Для возмещения расходов по репатриации тела в случае смерти Застрахованного Выгодоприобретатель(Заявитель) представляет Страховщику следующие документы:

- Письменное заявление по форме Страховщика, содержащее полную информацию о страховом случае.
- Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (Заявителя)
- Документ, подтверждающий родство с Застрахованным (при наличии)
- Договор/Полис страхования; документ, подтверждающий оплату страховой премии
- Медицинское свидетельство о смерти Застрахованного
- Копия гербового свидетельства о смерти
- Копия разрешения на вывоз тела – санитарная справка
- Документы с информацией о причинах смерти (посмертный эпикриз, протокол вскрытия)

Документы, подтверждающие расходы Выгодоприобретателя (Заявителя) по транспортировке останков Застрахованного.

После получения всех необходимых документов и сведений, предусмотренных п. 10.3 Правил Страховщик в течение двадцати дней:

- признает событие страховым случаем и производит страховую выплату;
- принимает решение о непризнании произошедшего события страховым случаем либо об отказе в страховой выплате и направляет Заявителю в течение трех рабочих дней письмо с обоснованием принятого решения.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
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».	100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования; 100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, - при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования.
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.

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления. а при отказе от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования - в течение 7 рабочих дней.

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА

Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме. В случае если страховщик не удовлетворил заявление (претензию) и при этом размер требований не превышает 500 тысяч рублей, (указывается сумма, установленная Федеральным законом от 4 июня 2018 года N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг (сайт: <https://finombudsman.ru/>; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3).

Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.