

Ключевой информационный документ об условиях договора

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ



Подготовлен на основании: Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, утвержденных приказом № 254 от 14.06.2016 г. (далее – Правила страхования).

Информация, изложенная в данном документе, не является частью договора страхования (полиса), носит справочный характер и приведена исключительно для разъяснения отдельных условий страхования по продукту.

Полная информация об условиях страхования, правах и обязанностях сторон, условиях осуществления страховой выплаты представлена в договоре страхования (полисе) / правилах страхования / Условиях добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов.

Страховщик: ПАО "САК "ЭНЕРГОГАРАНТ", лицензия ЦБ РФ СЛ № 1834 от 01.02.2016 г. Юридический и фактический адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая наб., д. 23, +7 (495) 737-03-30 <https://energogarant.ru/>.

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Обращение Застрахованного лица или его представителя в течение срока действия договора страхования в Страховую компанию за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных п.п. 6 и 7 Условий страхования.

Программы страхования.

1. "Первичная медико-санитарная помощь" - оказывается в неотложной форме в следующем объеме:
- консультация врача в амбулаторных условиях (в объеме, необходимом для купирования неотложного состояния, кроме случаев, перечисленных в п.п. 5 и 6 Условий страхования); назначенные врачом лабораторные и инструментальные исследования;
2. "Специализированная медицинская помощь" оказывается в неотложной форме в следующем объеме:
- консультации врачей; лабораторные и инструментальные исследования; пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия; хирургическое и консервативное лечение, за исключением случаев, предусмотренных в п.п. 5 и 6 Условий страхования; лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением средств, предусмотренных в п.п. 5 и 6 Условий страхования; пребывание в стационаре в палате стандартного типа (общей палате); лечебное питание в стационаре; донорская кровь и ее компоненты.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

В соответствии с Условиями страхования в рамках Программ страхования не оплачиваются следующие медицинские услуги:

1. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;
 2. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
 3. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
 4. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
 5. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
 6. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
 8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми Застрахованного лица.
- Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанную медицинскую помощь не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинской помощи:
1. без предварительного обращения на медицинский пульт Страховщика по указанным в Договоре страхования телефонам;
 2. не предусмотренной Договором страхования/Программой страхования;
 3. в медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (если таковые указаны в Договоре страхования);
 4. в связи со следующими заболеваниями: алкоголизм, наркомания, токсикомания; ВИЧ-инфекция, СПИД; злокачественные новообразования; туберкулез; хронический гепатит всех форм, цирроз печени; врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, требующие проведение гемодиализа.
 5. в связи с: коррекцией веса, речи; кардиохирургическими (включая коронаграфия), нейрохирургическими операциями; диагностикой и лечением мужского и женского бесплодия, климакса; консультацией и лечением у гомеопата; диагностикой по методу Фолля; лечением псориазов, микозов; всеми видами протезирования зубов и подготовкой к нему; имплантацией зубов, подготовкой к имплантированию; хирургическим лечением пародонтоза; наблюдением и консультацией у врача ортодонта, получением ортодонтического лечения; экспериментальными и исследовательскими методами диагностики и лечения, не прошедшими клинических испытаний, не утвержденными и не зарегистрированными в Государственном реестре

новых медицинских технологий; проведением плановых операций; обследованием Застрахованного лица в профилактических целях, диспансеризацией, динамическим наблюдением.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения медицинской помощи, предусмотренной настоящими Полисом и Программами страхования, Застрахованное лицо или иное лицо, действующее в его интересах, обязано незамедлительно обратиться к Страховщику по телефону, указанному в страховом полисе, и проинформировать координатора о случившемся, сообщив при этом данные Полиса, свое местонахождение, номер телефона, по которому с ним можно связаться, вид требуемой помощи, и далее руководствоваться рекомендациями уполномоченного лица Страховщика. В любом случае при обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить медицинскому персоналу Полис.

Возмещение расходов производится оплатой услуг, оказанных в связи с наступлением страхового случая, Медицинской организацией/Сервисной компании (безналичным перечислением на указанный счет в указанном банке), организовавшей получение Застрахованным лицом предусмотренных договором страхования услуг на основании соответствующего договора со Страховщиком. Срок и порядок перечисления денежных средств устанавливается в договоре с Медицинской организацией/Сервисной компанией.

Страховые выплаты в денежной форме Страхователю или Застрахованному лицу условиями Договора страхования не предусмотрены.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
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 при отказе от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения соответствующего заявления.

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 500 000 (Пятьсот тысяч) рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг

(сайт: www.finombudsman.ru; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3).

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