

**КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ
об условиях договора добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов**



подготовлен на
основании

**Правил добровольного медицинского
страхования трудовых мигрантов, иностранных
граждан и лиц без гражданства, утвержденных
Приказом Генерального директора от 21.02.2020 № 61
(далее – Правила страхования)**

Страховщик: **ООО РСО «ЕВРОИНС»**
**Контактная информация: 109147, г. Москва, ул. Воронцовская, д. 35Б, корп.2,
 офис 629, а/я 97, Телефон: +7(495)926-51-55
 E-mail: info@euro-ins.ru Интернет-сайт: www.euro-ins.ru**

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу, в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем с Застрахованным, при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации в период действия договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугами, включенными в Программу, в том числе транспортными.

В случае если это предусмотрено Договором также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела застрахованного.

Программы страхования с детальным описанием приведены в Приложении №1 к Правилам страхования. Программа, по которой Вы застрахованы, указана в договоре страхования (Полисе).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Не является страховым случаем обращение по поводу внезапного заболевания, несчастного случая или смерти Застрахованного, возникших в связи с:

1. алкогольным, наркотическим, токсическим или иным опьянением Застрахованного;
2. самоубийством (покушением на самоубийство) Застрахованного, если к моменту наступления страхового случая договор действовал менее 2 лет;
3. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного или иного вида заражения;
4. стихийными бедствиями и их последствиями, эпидемиями, карантином, метеоусловиями, чрезвычайными ситуациями, эпидемиологическими показаниями;
5. умышленными действиями Застрахованного, направленных на наступление страхового случая;
6. совершением Застрахованным противоправного деяния, находящегося в прямой причинно-следственной связи с наступлением страхового случая;

Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг или лечение (если иное не установлено договором и программой страхования):

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС и другие заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих), злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения.
- по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

(Полный перечень исключений приведен в пп. 3.6-3.7 (кроме пп. 3.6.7., 3.6.8., 3.6.10., 3.6.11., 3.6.12) и разделе 5 Правил страхования, а также в разделе III Программы страхования. По соглашению сторон список применяемых исключений может быть изменен (сокращен или дополнен)).

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	
Договор страхования действует во время пребывания Застрахованного лица на территории Российской Федерации.	
Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?	
При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан до обращения, визита в медицинское учреждение проинформировать Страховщика по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся происшествии. Заявление об осуществлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 40 (сорока) календарных дней с момента наступления страхового случая. После получения информации, Страховщик организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных Договором и Программой медицинских, медико-транспортных услуг. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг, согласованных со Страховщиком, Застрахованный представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы документов, в соответствии с пунктами 8.3 – 8.6 Правил страхования. Решение о выплате страхового возмещения принимается Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов. В указанный срок Страховщик вправе проводить проверку представленных документов, запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также письменные объяснения Страхователя и/или Застрахованного по факту произошедшего страхового случая. В указанный срок Страховщик принимает решение о выплате и составляет Акт о страховом случае либо направляет отказ в страховой выплате. Страховщик вправе осуществить страховую выплату ранее установленного срока.	
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" ¹	не действует по данному виду 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
Отказ от договора добровольного страхования, если после вступления договора в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки.
Детальная информация об условиях досрочного расторжения Договора и возврата страховой премии указана в Разделе 10 Правил страхования.	
В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.	
В случае досрочного прекращения Договора (если его условиями предусматривается возврат страховой премии) возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 10.2.2. Правил. При отказе от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования возврат страховой премии производится в течение 7 рабочих дней со дня получения заявления страхователя об отказе от добровольного страхования.	
Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?	
1. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме. 2. В случае если страховщик не удовлетворил заявление (претензию) и при этом размер требований не превышает 500 000,00 (Пятьсот тысяч рублей 00 копеек), 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.	

Согласие

на обработку и передачу персональных данных в части сведений, составляющих врачебную тайну

Настоящим я, именуемый также далее «Субъект», (далее – Субъект), в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие (далее - Согласие) Обществу с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (далее - Оператор) (ОГРН 1037714037426, ИНН 7714312079); адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Глинки, д. 7, эт. 2, пом. 9, на обработку персональных данных, а именно:

1. На обработку – сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу и использование моих персональных данных в части сведений составляющих врачебную тайну, в целях заключения, исполнения и прекращения заключенного мной договора добровольного медицинского страхования (далее – договор ДМС), а также рассмотрения заявленных страховых случаев (убытков).

2. На передачу (разглашение) медицинскими организациями, в которых я буду получать медицинскую помощь по указанному договору ДМС, Страховщику сведений, составляющих врачебную тайну, а именно:

- сведений о факте обращения за медицинской помощью;
- сведений о диагнозе(ах) и их кодах по МКБ;
- сведений об анамнезе и результатов осмотров, консультаций;
- сведений о назначенном, проведенном и рекомендуемом лечении;
- сведений о результатах лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- информации, содержащейся в медицинской карте пациента, выписках, справках, заключениях и иной медицинской документации.

3. На передачу иным лицам (медицинским экспертам) моих персональных данных в части сведений составляющих врачебную тайну, в целях исполнения Договора ДМС в части контроля объемов, сроков и качества оказанных медицинских услуг.

4. Указанные в п.2 сведения разрешаю передавать Страховщику любым законным способом: в виде оформленных в установленном порядке копий медицинской документации, выписок, справок, заключений, а также в электронном виде.

5. Цель обработки и передачи Страховщиком персональных данных в части сведений составляющих врачебную тайну – выполнение обязательств по Договору ДМС (в том числе: проверка объемов, сроков и качества оказания медицинских услуг, осуществление страховых выплат, администрирование договора), информирование о других продуктах и услугах Страховщика, статистика и анализ, связанные с реализацией Договора ДМС.

6. Настоящее согласие действует на весь срок действия договора ДМС, а также в течение 3 (трех) лет после окончания договора (или расторжения) для целей урегулирования возможных споров и претензий, связанных с рассмотренными в период действия договора страховыми случаями.

Согласие может быть отозвано мной в любое время путем направления Страховщику письменного заявления.

Я подтверждаю, что текст согласия мною прочитан полностью, мне разъяснены Страховщиком цели обработки и передачи моих данных. Я понимаю значение своих действий и последствия предоставления согласия.

Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных

Настоящим я, именуемый также далее «Субъект», в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие (далее - Согласие) Обществу с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (далее - Оператор) (ОГРН 1037714037426, ИНН 7714312079); адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Глинки, д. 7, эт. 2, пом. 9, на обработку персональных данных в соответствии с целями, обозначенными в настоящем документе.

Я уведомлен, что обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: <https://euro-ins.ru/o-kompanii/obrabotka-personalnykh-dannykh>, ознакомлен.

Я уведомлен, что обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, а так же иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности/целесообразности заключения мной договоров страхования с Оператором и его партнерами, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия договоров страхования, а также обновленные или дополненные персональные данные из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Я уведомлен, что персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, блокирование, удаление, уничтожение.

Я уведомлен, что Оператор наделен правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью предоставления отметок/введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре (договорах).

Настоящим Согласием разрешаю Оператору передачу моих персональных данных следующим лицам: аффилированным с Оператором лицам, а также связанных с Оператором договорными отношениями лицами (контрагенты), именуемым далее - «Партнеры», Реестр которых опубликован в свободном доступе на сайте Оператора по адресу <https://euro-ins.ru/o-kompanii/obrabotka-personalnykh-dannykh>, для обработки в следующих целях:

- для заключения между Субъектом и Оператором договоров по поручению Партнеров, включая в себя обслуживание, пролонгацию и расторжение названных договоров, а также предоставление ими дополнительных услуг и продуктов;
- для направления Субъекту предложений заключить договоры с Партнерами, выступающими в качестве исполнителей, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;
- для предложения Субъекту заключения с денежно-кредитными организациями договоров, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;
- для маркетинговых и статистических исследований (в том числе опросов) и информирования Субъекта о продуктах и услугах Оператора и Партнеров, продвижения продуктов и услуг Оператора и Партнеров, на рынке, в т.ч. путем прямых контактов с потенциальными потребителями с помощью средств связи;
- для обновления или дополнения персональных данных сведениями из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Я уведомлен, что такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, специализированного программного обеспечения или на материальных носителях (бумажных или электронных). Такая передача, по усмотрению Оператора, также может считаться поручением Партнеру по обработке персональных данных.

Я уведомлен, что персональные данные могут обрабатываться Оператором и Партнерами в том числе в целях рассмотрения вопроса возможности и целесообразности заключения договоров между мной и Оператором и Партнерами, подготовки к их заключению, заключения, исполнения и прекращения их действия, в целях продвижения услуг Оператора и Партнеров путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи, в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Я уведомлен, что Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

Я уведомлен, что Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Я подтверждаю, что мне в полном объеме ясны мои права и обязанности в области персональных данных и мне полностью понятно значение перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Мне разъяснено, что при отзыве мною согласия Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством.

Я также гарантирую наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору и Партнерам Оператора, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения мной договоров с Оператором и Партнерами Оператора, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров. Обязуюсь по требованию Оператора в течение 1 (Одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

Настоящим я, оплатой страховой премии по Полису, заявляю, что ознакомился с настоящим Согласием до заключения Договора/полиса страхования, все положения мне разъяснены и понятны, возражений по условиям Согласия не имею, даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку персональных данных.