



Ключевой информационный документ

об условиях договора добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации



Подготовлен на основании Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, находящихся на территории Российской Федерации от 10.12.2024 г. (подлежат к применению с 20.12.2024 г.) в редакции, действующей на момент заключения Договора страхования.

Страховщик: ООО «СК «ТИТ»

юридический адрес: 115088, г. Москва, 2-й Южнопортовый пр-зд, д.18, стр.8

контактный телефон: +7(495) 274 01 00

e-mail: info@titins.ru, сайт: www.titins.ru

Правила страхования размещены на странице <https://www.titins.ru/company/info/rules/>

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Обращение Застрахованного лица за первичной медико-санитарной помощью и специализированной медицинской помощью в неотложной форме по направлению Страховщика, которое оказывается Застрахованному лицу при телефонном звонке на медицинский пульт Страховщика или в Сервисную компанию.

При этом Страховщик оплачивает медицинскую помощь в неотложной форме, оказываемую Застрахованному лицу, на территории субъекта Российской Федерации, указанного в Договоре страхования, при наступлении страхового случая в связи с получением травмы, отравлением, внезапным острым заболеванием или обострением хронического заболевания, не представляющими угрозу жизни (в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ, ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред.от29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Полный перечень рисков указан в договоре страхования (полисе) / Правилах страхования (раздел 4). Данный раздел может быть дополнен/сокращен в соответствии с Правилами страхования / Условиями страхования страховой организации.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:

- В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.
- В случае заболевания, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком.
- В случае заболевания, или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.
- В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

Не подлежат возмещению следующие расходы:

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
- 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 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 в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- по оказанию застрахованному лицу 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 из страхового покрытия указан в договоре страхования (полисе) / Правилах страхования.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Договор страхования действует на Территория Российской Федерации, если в нем не предусмотрено иное.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в договоре/полисе страхования.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

Полный перечень необходимых документов указан в договоре страхования (полисе) / Правилах страхования.

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов Страховщиком от Страхователя.

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 № 3854-У «О минимальных (стандартные) 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
Иные случаи (указываются при наличии)	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 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 500 000,00 (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.

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 № 42648), от 21 августа 2017 года № 4500-У (зарегистрировано Минюстом России 8 сентября 2017 года, регистрационный N. 48112)