



КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ ОБ УСЛОВИЯХ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ (ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ» (КОМПЛЕКСНАЯ))		
подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов», утвержденных приказом №038/2025 от 10.11.2025 г. (далее – Правила).		
Страховщик:	Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» , Лицензия Банк России СЛ № 0206 от 12.05.2021, Россия, 153034, Ивановская обл., г.о. Иваново, г. Иваново. ул. Смирнова. 105Б. (Официальный сайт Страховщика в сети Интернет: www.solidsk.ru)	
Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?		
Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования и Правилами, а также оплату услуг по посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица в результате заболевания и (или) состояний, входящих в Программу страхования или несчастного случая. Программа страхования включает: 1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме в амбулаторных условиях: – Первичные и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям врачами: терапевтом, терапевтом участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), акушером-гинекологом, кардиологом, неврологом, отоларингологом, офтальмологом, урологом, хирургом, колопроктологом, травматологом; – медицинская документация: экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей листов нетрудоспособности; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача справок по форме 095-у; – диагностика, проводимая по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью и по медицинским показаниям: рентгенологические исследования: рентгенография, магнитно-резонансная томография (один раз в течение действия договора страхования), электрокардиография; ультразвуковые исследования, эндоскопические исследования; лабораторная диагностика: биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ крови, микроскопические исследование мазков; – лечебные вмешательства: инъекции, оперативные вмешательства, репозиции при переломах, вправление вывихов. 2. Неотложная стоматологическая помощь: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом, назначение лечения, прицельная рентгенография, местная анестезия: проводниковая, инфильтрационная; хирургическая стоматология: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов; стоматология терапевтическая: вскрытие полости зуба, наложение лекарственной повязки, наложение временной пломбы. 3. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме в стационарных условиях: пребывание в стационаре (в общих палатах профильного отделения) – не более 7 (Семи) календарных дней за весь период страхования, консультации специалистов, лабораторная диагностика, инструментальная диагностика и лечение, анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия. Страховщик также оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий (в соответствии с пунктов 6 статьи 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»), и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в соответствии с частью 2.2 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов. 4. Посмертная репатриация. Услуги по репатриации останков тела Застрахованного лица, которые включают в себя: оплата расходов бальзамированию или кремации тела, приобретение гроба/урны, требуемых для перевозки тела, оформление необходимых документов для перевозки тела, транспортные расходы. Перевозка останков тела Застрахованного лица осуществляется до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции) на территории страны постоянного проживания, ближайшего к месту постоянного		

проживания Застрахованного лица. Организация репатриации тела производится только по предварительному согласованию со Страховщиком или Сервисной компанией.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Не предусмотрена оплата следующих медицинских услуг по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи:

- не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;
- при особо опасных инфекционных заболеваниях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- при злокачественных новообразованиях; при сахарном диабете;
- при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- высокотехнологичной 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;
- 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;
- связанной с беременностью, родами, послеродовыми периодами и абортами Застрахованного лица.

2. Исчерпывающий перечень медицинских услуг, оплата которых не предусмотрена для Застрахованного лица, событий, не являющихся страховым случаем (исключений из страхования), указан в пункте 3.5 – 3.7 Правил и Программе страхования.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Для получения медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (Полисом) и Программой страхования, Застрахованное лицо или иное лицо, действующее в его интересах, обязано незамедлительно обратиться к Страховщику по телефону, указанному в Полисе или по телефону Сервисной организации, указанной в Полисе.

Проинформировать 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.

Страховая выплата производится напрямую в медицинскую или иную организацию, или Застрахованному путем возмещения понесенных расходов, если он сам оплатил услуги, организованные Страховщиком (Сервисной компанией) или санкционированные им, при предоставлении документов, предусмотренных п. 7.11. Правил.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
Отказ Страхователя от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования <i>(при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая)</i>	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
Прекращение договора, если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется:

в течение 10 рабочих дней со дня получения заявления;

- в течение 7 рабочих дней со дня получения заявления – при отказе Страхователя в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования.

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.