

Ключевой информационный документ

об условиях договора добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства



Подготовлен на основании **Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, являющихся членами семьи указанных лиц**, в редакции, действующей на момент заключения Договора страхования

Страховщик: **Страховое акционерное общество «ЛЕКСГАРАНТ» (САО «ЛЕКСГАРАНТ»)**
Юридический адрес: 101000, г. Москва, Малый Златоустинский переулок, д. 10, стр. 2
Контактный телефон: +7 (495) 933-80-80
e-mail: dms@lexgarant.ru
Правила страхования размещены на странице: https://lexgarant.ru/userfiles/files/Pravila/Pravila_migrant.pdf

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховым случаем является:

Страховым случаем по договору добровольного медицинского страхования, заключенному на условиях Правил, является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию на территории и в рамках программы ДМС предусмотренных договором страхования для получения первичной медико-санитарной и/или специализированной медицинской помощи в неотложной форме в связи с возникновением расстройства здоровья (заболевание, травма, иное состояние здоровья Застрахованного лица), повлекшего необходимость оказания такой помощи, с учетом исключений из страхования, предусмотренных договором (Правилами) страхования.

Полный перечень рисков указан в Договоре страхования/Программе добровольного медицинского страхования/Правилах страхования (раздел 4).

Данный раздел может быть дополнен/сокращен в соответствии с Правилами страхования/Программой добровольного медицинского страхования

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

По договору добровольного медицинского страхования, заключенному на условиях Правил **не является страховым случаем** организация и оплата медицинских услуг по оказанию медицинской помощи:

- не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в частности: болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки; гельминтозы; гепатит В; гепатит С; дифтерия; инфекции, передающиеся преимущественно половым путём; лепра; малярия; педикулез, акриаз и другие инфекации; сип и мелиоидоз; сибирская язва; туберкулез; холера; чума;
- при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, 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;
- связанной с беременностью, родами, послеродовым периодом, если иное не предусмотрено договором страхования и абортми.

Полный перечень исключений указан в Программе добровольного медицинского страхования.

Данный раздел может быть дополнен/сокращен в соответствии с Правилами страхования/Программой добровольного медицинского страхования.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

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

Если Договор страхования предусматривает территорию страхования иную, чем Российская Федерация, то территория страхования указывается в разделе Территория действия Договора страхования.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан до обращения в медицинское учреждение обратиться к Страховщику (его представителю, осуществляющему функции ассистанса) по телефонам, указанным в страховом полисе (приложениях к нему) с сообщением о случившемся происшествии и сообщить следующую информацию: фамилия, имя, отчество (если имеется) Застрахованного лица; номер Договора страхования (страхового полиса); характер требуемой помощи; местонахождение и номер телефона для обратной связи.

Полный перечень условий указан в Программе добровольного медицинского страхования/ Правилах страхования (раздел 10).

Страховая выплата производится путём организации оказания медицинских услуг Застрахованному лицу. Оплата услуг производится Страховщиком непосредственно лечебному медицинскому учреждению.

В экстренных случаях, в случае невозможности Страховщиком (его представителем, осуществляющим функции ассистанса) предоставить оказание требуемых медицинских услуг, Застрахованное лицо по предварительному согласованию со Страховщиком самостоятельно оплачивает оказанные ему медицинские услуги.

В этом случае заявление об осуществлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 33 (Тридцати трех) дней с момента наступления страхового случая.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить оригиналы документов:

- письменное заявление о случившемся с приложением банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты);
- Договор страхования (страховой полис);
- медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;
- направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;
- документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов.

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется в течение 20 (Двадцати) дней со дня представления указанных документов.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. 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	Требования настоящего Указания не распространяются на осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.
2. 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 7 (Семи) рабочих дней со дня получения соответствующего заявления (по п.2 настоящего раздела).

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 рублей (сумма, установленная **Федеральным законом** от 4 июня 2018 года N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг"²), 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 N 42648), от 21 августа 2017 года N 4500-У (зарегистрировано Минюстом России 8 сентября 2017 года, регистрационный N 48112).

² Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 24, ст. 3390; 2022, N 1, ст. 40.

Key information document
on conditions of the voluntary medical Insurance contract
for foreign citizens and stateless persons

Based on **Rules of voluntary medical insurance for foreign citizens and stateless persons on the territory of the Russian Federation with a view to the employment, as well as for foreign citizens and stateless persons who are family members of the said persons**, in the edition valid at the moment of signing the Insurance contract



Insurer: **LEXGARANT Insurance Company LTD.**

Legal address: 10, bld. 2, Maly Zlatoustinsky Pereulok, Moscow, 101000
Contact telephone number: +7 (495) 933-80-80
e-mail: dms@lexgarant.ru
Insurance rules are available on: https://lexgarant.ru/userfiles/files/Pravila/Pravila_migrant.pdf

Section I. WHAT IS COVERED?

The insured event is:

The insured event on the voluntary medical insurance contract based on conditions of the Rules is a visit of the Insured person to a medical institution on the territory and within the VMI program stipulated by the insurance contract for the primary health care and/or specialized medical care in emergency form due to health problems (illness, injury, another health condition of the Insured) which require such a medical treatment minding exclusions from the insurance program mentioned in the insurance contract (Rules).

Full list of risks is mentioned in the Insurance contract /Voluntary medical insurance program / Insurance rules (section 4)
This section may be supplemented/reduced in accordance with the Insurance rules/Voluntary medical insurance program.

Section II. WHAT IS NOT COVERED?

Following the voluntary medical insurance contract based on the Rules the following **is not recognized as the insured event** for which organization of medical assistance and payment for medical services cannot be provided:

- treatment not assigned by a doctor who provides medical assistance in accordance with the insurance program;
- extremely dangerous infectious diseases (smallpox, poliomyelitis, SARS malaria), diseases included in the list of diseases approved by the Government of the Russian Federation that are dangerous to others, in particular disease caused by human immunodeficiency virus (HIV), viral fevers, transmitted by arthropods and viral hemorrhagic fevers, helminthiasis, hepatitis B, hepatitis C, diphtheria, sexually transmitted infections, leprosy, malaria, pediculosis, acarias and other infestations, glanders and melio idoz, anthrax, tuberculosis, cholera, plague;
- malignant neoplasms, diabetes mellitus, mental disorders and behavioral disorders;
- high-tech medical care;
- pathological conditions, poisoning and injuries incurred by the Insured in condition of any form of alcohol intoxication or under the influence of other psychoactive substances and (or) medicines used without a doctor's prescription;
- traumatic injuries or other impairment of health resulting from the deliberate unlawful actions of the Insured;
- attempt of the Insured person to commit suicide, except in cases when the Insured person has been brought to such a condition by unlawful actions of third parties;
- intentional infliction of bodily self-harm by the Insured;
- problems associated with pregnancy, childbirth, the postpartum period and abortions unless otherwise provided by the Insurance contract.

Full list of exclusions is mentioned in the Voluntary medical insurance program.

This section may be supplemented/reduced in accordance with the Insurance rules/Voluntary medical insurance program.

Section III. SCOPE OF THE INSURANCE

The Insurance contract is valid throughout the territory of the Russian Federation unless otherwise is provided by it.

If the Insurance contract provides the insurance territory other than the Russian Federation, the insurance territory is to be mentioned in the section Scope of the Insurance contract.

Section IV. HOW TO GET THE INSURANCE PAYMENT?

In case of insurance event before going to the doctor, the Insured (its representative) should contact the Insurer (its representative with functions of assistance) by phones mentioned in the insurance policy (appendices to it) and inform on the event happened providing the following information: family name, name, patronymic name (if available) of the Insured, number of the Insurance contract (insurance policy), type of the assistance required, location and contact telephone number.

Full list of conditions is mentioned in the Voluntary medical insurance program / Insurance Rules (section 10).

Insurance payment is made by organization of rendering medical services to the Insured. Payment for services is made by the Insurer directly to a medical institution.

In emergency cases if the Insurer (its representative with functions of assistance) cannot provide the required medical services, the Insured pays for medical services rendered himself/herself upon prior agreement with the Insurer.

In this case application for getting the insurance payment (insurance indemnity) is to be provided within 33 (thirty three) days from the day of the insurance event.

To get the insurance payment (insurance indemnity) original copies of the following documents are to be supplied:

- written application on the event with bank details (for non-cash payments);
- Insurance contract (insurance policy);
- medical documents with information on diagnosis, date and health condition of the Insured when he/she came for medical assistance, medical manipulations performed and terms of treatment;
- directions of laboratory studies with dates, types and cost of services;
- invoices from medical institutions (on a letterhead and with a stamp) with a patient's name, date of visit, diagnosis, terms of treatment, list of services broken down by dates and costs, and total amount to be paid;
- documents confirming payment of invoices supplied.

Insurance payment (insurance indemnity) is made within 20 (twenty) days from the date of submitting the above mentioned documents.

Section V. HOW TO GET THE INSURANCE PREMIUM BACK?

Reasons for the refund of the insurance premium	Amount of the insurance premium refund
1. Withdrawal from the voluntary insurance contract within 14 calendar days from its signing in accordance with the Order of the Bank of Russia of the 20 th November 2015 N3854-Y "About minimum (standard) requirements for conditions and procedures of implementing certain types of voluntary insurance". ¹	Requirements of the Order are not applicable to voluntary medical insurance for foreign citizens and stateless persons on the territory of the Russian Federation with a view to the employment.
2. Withdrawal from the voluntary insurance contract in case of improper informing on insurance conditions.	100% of the insurance premium minus the part of the insurance premium calculated in proportion to the time over the course of which the insurance was valid.

In other cases the insurance premium cannot be refunded.

Refund of the insurance premium is performed within 7 (seven) business days from the date of submitting a proper application (in accordance with clause 2 of this section).

Section VI. HOW TO SETTLE DISPUTES BEFORE TRIAL?

Supply a written application (claim) to the Insurer.

If the Insurer doesn't satisfy the application (claim) and the amount of claims is less than 500,000 rubles (the amount established by the [Federal Law](#) of the 4th June 2018 N123-FZ "About a Commissioner for consumer rights of financial services"²), before going to the court it is necessary to contact a Commissioner for consumer rights of financial services (web-site: www.finombudsman.ru; address: 3, Staromonetny Pereulok, Moscow, 119017). The Commissioner for consumer rights of financial services considers appeals of consumers of financial services free of charge.

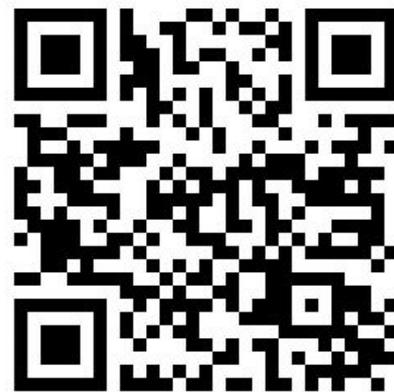
¹ Registered by the Ministry of Justice of Russia on the 12th February 2016, registration number 41072, with amendments made by Orders of the Bank of Russia of the 1st June 2016 N4032-Y (registered by the Ministry of Justice of Russia on the 27th June 2016, registration number 42648) of the 21st August 2017 N4500-Y (registered by the Ministry of Justice of Russia on the 8th September 2017, registration number 48112).

² Collection of laws of the Russian Federation, 2018, N24, art. 3390, 2022, N1, art. 40.

Ключевой информационный документ

об условиях договора комплексного страхования рисков, связанных с медицинскими и медико-транспортными расходами иностранных граждан или лиц без гражданства, выезжающих за пределы постоянного места жительства

Подготовлен на основании Правил комбинированного страхования рисков, связанных с расходами граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства (далее – Правила ВЗР) и Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, являющихся членами семьи указанных лиц (далее – Правила ДМС), в редакциях действующих на дату заключения договора страхования (далее – Правила страхования)



Страховщик:	Страховое акционерное общество «ЛЕКСГАРАНТ» (САО «ЛЕКСГАРАНТ»)
Юридический адрес:	101000, г. Москва, Малый Златоустинский переулок, д. 10 стр. 2
Контактный телефон:	8 495 933-80-80
e-mail:	dms@lexgarant.ru
Правила ВЗР размещены на странице:	https://lexgarant.ru/userfiles/files/Pravila/Pravila_ras_pmzch.pdf
Правила ДМС размещены на странице:	https://lexgarant.ru/userfiles/files/Pravila/Pravila_migrant.pdf

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Покрываются предусмотренные договором страхования (полисом) непредвиденные расходы, вызванные внезапным заболеванием, несчастным случаем, а также смертью Страхователя (Застрахованного лица) при условии, что указанные события произошли во время пребывания Застрахованного на территории, указанной в Договоре страхования, в частности:

- Амбулаторное лечение;
- Пребывание и лечение в стационаре;
- Оплата назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств;
- Стоматологическое обслуживание (в пределах лимита, указанного в разделе полиса «Программа страхования/Лимит ответственности»);
- Эвакуация с места происшествия в медицинское учреждение;
- Медицинская транспортировка в страну постоянного проживания;
- Посмертная репатриация (включая расходы на возвращение членов семьи);
- Проверка состояния здоровья с оформлением медицинской справки по форме 086/у;
- Тест ПЦР КОРОНАВИРУС COVID-19 (SARS-CoV-2).

Покрываются травмы, ушибы и иные повреждения, полученные в результате занятий туризмом; подвижными играми спортивного характера; посещения водных аттракционов, аквапарков, катания с водных горок, прыжков в воду; катания или путешествия на лодках (гребных, моторных), плотах и маломерных судах; катания на велосипедах всех типов; катания на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах; пешие восхождения, путешествия по пещерам; поездки и путешествия на автомашинах; поездки и путешествия на лошадях и других животных.

Полный перечень возможных для страхования рисков указан в п. 4.2. Правил ВЗР и пп. 4.1. и 4.2. Правил ДМС.

Конкретный и полный перечень застрахованных рисков указан в Договоре страхования (полисе) в разделе «Программа страхования».

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

- Организация и оплата медицинских услуг по оказанию Застрахованному 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 (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), коронавирусная инфекция, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, вирусные гепатиты В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариоз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума и другие инфекционные и паразитарные заболевания);
- Последствия полиомиелита, энцефалита, менингита, полиневрита;
- Заболевания крови;
- Онкологические заболевания, включая осложнения с момента установления диагноза;
- Ортопедические и ортодонтические нарушения, требующие протезирования;
- Травмы, ушибы и иные повреждения полученные, в результате участия Застрахованного в народных волнениях, восстаниях, бунтах, войнах, общественных беспорядках;
- Повреждения или заболевания, полученные в результате прямого или косвенного воздействия радиоактивного облучения;
- Заболевания, которые последние шесть месяцев перед датой страхования требовали лечения или стоматологической помощи. Это ограничение не применяется, если медицинская помощь была связана со спасением жизни, острой стоматологической болью или необходимостью обязательного медицинского вмешательства для предотвращения длительной нетрудоспособности;
- Расходы, связанные с консультациями и обследованиями во время беременности, кроме случаев, когда непредоставление медицинской помощи представляет угрозу для жизни Застрахованной;
- Проявления нервных и психических заболеваний, эпилепсии, врожденных аномалий;
- Травмы, ушибы и иные повреждения, полученные в состоянии алкогольного, наркотического или иного опьянения;

- Последствия покушения на самоубийство, умышленного членовредительства или других умышленных действий Застрахованного, направленных на причинение вреда своей жизни и здоровью.

Полный перечень исключений из страхового покрытия указан в разделе 9 Правил ВЗР и в разделе 5 Правил ДМС.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Договор страхования действует на территории Российской Федерации.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан до обращения в медицинское учреждение обратиться к Страховщику (его представителю, осуществляющему функции ассистанса) по телефонам, указанным в страховом полисе (приложениях к нему) с сообщением о случившемся происшествии и сообщить следующую информацию: фамилию, имя, отчество (если имеется) Застрахованного лица; номер Договора страхования (страхового полиса); характер требуемой помощи; местонахождение и номер телефона для обратной связи.

Полный перечень условий указан в Программе добровольного медицинского страхования/ Правилах ДМС (раздел 10)/ Правилах ВЗР (пункт 7.4)

Страховая выплата производится путём организации оказания медицинских услуг Застрахованному лицу. Оплата услуг производится Страховщиком непосредственно лечебному медицинскому учреждению.

В экстренных случаях в случае невозможности Страховщиком (его представителем, осуществляющим функции ассистанса) предоставить оказание требуемых медицинских услуг, Застрахованное лицо по согласованию со Страховщиком самостоятельно оплачивает оказанные ему медицинские услуги.

В этом случае заявление об осуществлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 33 (Тридцати трех) дней с момента наступления страхового случая.

Для получения страховой выплаты (страхового возмещения) требуется представить оригиналы документов:

- заявление на возмещение расходов с обоснованием причин не обращения в Сервисную компанию для организации оказания необходимой медицинской помощи;
- Договор страхования (полис);
- оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке и/или с соответствующим штампом) с указанием фамилии, имени пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой их по датам, стоимости и итоговой суммы к оплате;
- оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;
- оригинал направления, выданного врачом, на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;
- документы, подтверждающие факт оплаты стоимости лечения, медикаментов и прочих услуг (штамп об оплате или подтверждение банка о перечислении суммы).

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется в течение 20 (Двадцати) дней со дня представления указанных документов.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. 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	Требования настоящего Указания не распространяются: - на осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности
2. 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 7 (Семи) рабочих дней со дня получения соответствующего заявления (по п.2 настоящего раздела)

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 рублей (сумма, установленная Федеральным законом от 4 июня 2018 года N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг"²), 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 N 42648), от 21 августа 2017 года N 4500-У (зарегистрировано Минюстом России 8 сентября 2017 года, регистрационный N 48112).

² Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, N 24, ст. 3390; 2022, N 1, ст. 40.

Key information document

on conditions of the regulations for combined insurance of risks related to medical and medical transportation expenses of foreign citizens and stateless persons, leaving the place of their permanent residence

Based on regulations for combined insurance of risks related to expenses of citizens leaving the place of their permanent residence (hereinafter referred to as Rules for traveling abroad) and Rules of voluntary medical insurance for foreign citizens and stateless persons on the territory of the Russian Federation with a view to the employment, as well as for foreign citizens and stateless persons who are family members of the said persons (hereinafter referred to as VMI Rules) in the edition valid at the moment of signing the Insurance contract (hereinafter referred to as Insurance Rules)



Insurer:

LEXGARANT Insurance Company LTD.

Legal address: 10, bld. 2, Maly Zlatoustinsky Pereulok, Moscow, 101000
Contact telephone number: 8 495 933-80-80
e-mail: dms@lexgarant.ru
Rules for traveling abroad are available on: https://lexgarant.ru/userfiles/files/Pravila/Pravila_ras_pmezch.pdf
VMI Rules are available on: https://lexgarant.ru/userfiles/files/Pravila/Pravila_migrant.pdf

Section I. WHAT IS COVERED?

The Insurance contract (policy) covers unforeseen expenses caused by a sudden illness, accident and/or death of the Insured (Policyholder) if this event happened during the Insured's stay in the territory mentioned in the Insurance contract, including:

- Outpatient treatment;
- Stay and treatment in a hospital;
- Payment for medications prescribed by a doctor, dressings;
- Dental care (within the limit specified in the policy section "Insurance program / Liability limits");
- Evacuation from the scene to a medical facility;
- Medical transportation to the country of permanent residence;
- Posthumous repatriation (including the cost of returning family members);
- Check-up with 086/y health certificate;
- PCR test CORONAVIRUS COVID-19 (SARS-CoV-2).

The Insurance contract (policy) covers injuries, bruises and other traumas resulting from activities: tourism, outdoor games of a sports nature, visiting water attractions, water parks, boating, riding bicycles of all types, mopeds, motorbikes, scooters, motorcycles, quad bikes, hiking, traveling in caves, trips and journeys by cars, trips and journeys on horses and other animals.

Full list of risks acceptable for insurance is available in clause 4.2. of the Rules for traveling abroad and in clauses 4.1 and 4.2. of VMI Rules.

Exact and full list of insured risks is mentioned in the Insurance contract (policy), section "Insurance program".

Section II. WHAT IS NOT COVERED?

- Organization of medical services for the Insured and payment for these medical services is case of extremely dangerous infectious diseases (smallpox, poliomyelitis, SARS malaria), diseases included in the list of diseases approved by the Government of the Russian Federation that are dangerous to others (disease caused by human immunodeficiency virus (HIV), coronavirus infections, viral fevers, transmitted by arthropods and viral hemorrhagic fevers, helminthiasis, viral hepatitis B, hepatitis C, diphtheria, sexually transmitted infections, leprosy, malaria, pediculosis, acarias and other infestations, glanders and melio idoz, anthrax, tuberculosis, cholera, plague and other infectious and parasitic diseases);
- Consequences of poliomyelitis, encephalitis, meningitis, polyneuritis;
- Blood disorders;
- Oncological diseases and related complications from the moment when the oncology diseases were diagnosed;
- Orthopedical and orthodontic malfunctions requiring the use of prosthesis;
- Injuries, bruises and other traumas occurred as a result of participation in civil unrests, uprisings, riots, wars and civil commotions;
- Injuries or illnesses resulting from direct or indirect impact of radioactive exposure;
- Illnesses that required medical treatment or dental care within six months prior to the date of insurance. This limitation shall not be applied if medical aid is related to life saving, acute tooth ache or necessity of medical intervention to prevent long-term-disability;
- Expenses related to consultations and examinations during pregnancy, except in cases when non-provision of medical assistance presents a threat to the Insured's life;
- Manifestation of nervous diseases, epilepsy, congenital anomalies;
- Injuries, bruises and other traumas occurred as a result of alcohol, drug or any other intoxication;
- Consequences of attempted suicide, intentional self-mutilation or other intentional actions of the Insured that may cause personal injuries;

Full list of exclusions is mentioned in section 9 of the Rules for traveling abroad and in section 5 of the VMI Rules.

Section III. SCOPE OF THE INSURANCE

The Insurance contract is valid throughout the territory of the Russian Federation.

Section IV. HOW TO GET THE INSURANCE PAYMENT?

In case of insurance event before going to the doctor, the Insured (its representative) should contact the Insurer (its representative with functions of assistance) by phones mentioned in the insurance policy (appendices to it) and inform on the event happened providing the following information: family name, name, patronymic name (if available) of the Insured, number of the Insurance contract (insurance policy), type of the assistance required, location and contact telephone number.

Full list of conditions is mentioned in the Voluntary medical insurance program / Insurance Rules (section 10)/ Rules for traveling abroad (clause 7.4)

Insurance payment is made by organization of rendering medical services to the Insured. Payment for services is made by the Insurer directly to a medical institution.

In emergency cases if the Insurer (its representative with functions of assistance) cannot provide the required medical services, the Insured pays for medical services rendered himself/herself upon prior agreement with the Insurer.

In this case application for getting the insurance payment (insurance indemnity) is to be provided within 33 (thirty three) days from the day of the insurance event.

To get the insurance payment (insurance indemnity) original copies of the following documents are to be supplied:

- application for compensation of expenses providing grounds of failure to apply the Service company to organize necessary medical aid;
- the Insurance Contract (policy);
- the original reference-invoice from the medical institution (on a headed notepaper and/or bearing a corresponding stamp) stipulating surname, name, diagnosis, date of seeking medical advice, term of medical treatment, services listed regarding the dates, cost and total amount;
- original copies of physician's prescription relating to this illness bearing the stamp of a pharmacy and cost of each purchased medicament;
- the original copy of physician's medical referral for laboratory tests and the invoice of the laboratory regarding dates, names and costs of services provided;
- the documents confirming the payment for medical treatment, medications and other services (stamp confirming the payment or bank's confirmation of transfer of the amount).

Insurance payment (insurance indemnity) is made within 20 (twenty) days from the date of submitting the above mentioned documents.

Section V. HOW TO GET THE INSURANCE PREMIUM BACK?

Reasons for the refund of the insurance premium	Amount of the insurance premium refund
1. Withdrawal from the voluntary insurance contract within 14 calendar days from its signing in accordance with the Order of the Bank of Russia of the 20th November 2015 N3854-Y "About minimum (standard) requirements for conditions and procedures of implementing certain types of voluntary insurance" . ¹	Requirements of the Order are not applicable to voluntary medical insurance for foreign citizens and stateless persons on the territory of the Russian Federation with a view to the employment.
2. Withdrawal from the voluntary insurance contract in case of improper informing on insurance conditions.	100% of the insurance premium minus the part of the insurance premium calculated in proportion to the time over the course of which the insurance was valid.

In other cases the insurance premium cannot be refunded.

Refund of the insurance premium is performed within 7 (seven) business days from the date of submitting a proper application (in accordance with clause 2 of this section).

Section VI. HOW TO SETTLE DISPUTES BEFORE TRIAL?

Supply a written application (claim) to the Insurer.

If the Insurer doesn't satisfy the application (claim) and the amount of claims is less than 500,000 rubles (the amount established by the [Federal Law of the 4th June 2018 N123-FZ "About a Commissioner for consumer rights of financial services"](#)²), before going to the court it is necessary to contact a Commissioner for consumer rights of financial services (web-site: www.finombudsman.ru; address: 3, Staromonetny Pereulok, Moscow, 119017). The Commissioner for consumer rights of financial services considers appeals of consumers of financial services free of charge.

¹ Registered by the Ministry of Justice of Russia on the 12th February 2016, registration number 41072, with amendments made by Orders of the Bank of Russia of the 1st June 2016 N4032-Y (registered by the Ministry of Justice of Russia on the 27th June 2016, registration number 42648) of the 21st August 2017 N4500-Y (registered by the Ministry of Justice of Russia on the 8th September 2017, registration number 48112).

² Collection of laws of the Russian Federation, 2018, N24, art. 3390, 2022, N1, art. 40.