

**Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования
«ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ – Т»
(код продукта 082203)**



Подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования» и «Правил страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства» Страховщика в редакциях, действующих на дату заключения Договора страхования (Полиса) (далее совместно – Правила).

Правила размещены на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://bsoinsur.ru/about/pravilastrakhovania/>

Страховщик: Акционерное общество «Боровицкое страховое общество»

Адрес: 119049, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Якиманка, ул. Мытная, д. 1, стр. 1.

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховые риски:

Обращение Застрахованного лица в течение периода действия договора страхования (Полиса, далее – Полис) в медицинскую организацию при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих оказания неотложной медицинской и иной помощи, предусмотренных Программой страхования.

Программа страхования включает:

1.1. Основные условия Программы страхования:

1.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в неотложной форме:

- первичная (доврачебная) медицинская помощь;
- лечебно-диагностические приёмы врачей в амбулаторных условиях: терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога и других специалистов; выдача листков нетрудоспособности, медицинских направлений и справок после перенесённых заболеваний, рецептов на лекарственные препараты, кроме льготных;
- диагностические исследования по неотложным показаниям: лабораторная диагностика, лучевая диагностика, другие виды диагностики;

1.1.2. Стоматологическая помощь в неотложной форме:

- купирование острой боли;
- удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.

Неотложная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1.1.3. Скорая медицинская помощь в неотложной форме:

- выезд специализированных бригад СМП, оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объёмов медицинской помощи;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением одноразового медицинского инструментария.

1.1.4. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме в условиях стационара включает в себя:

- лечебно-диагностические приёмы врачей в соответствии с профилем заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- медицинские манипуляции, лабораторные и инструментальные исследования в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, утверждёнными Федеральным законом РФ от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ;
- госпитализацию в общие палаты сроком не более 15 дней за период действия Полиса.

1.2. Дополнительные условия Программы страхования:

Посмертная репатриация: возмещению подлежат расходы на транспортировку тела, посмертных останков в страну постоянного проживания, если смерть Застрахованного лица наступила в результате страхового случая. Покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела к транспортировке, в том числе расходы на покупку гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата её проведения, определяются Страховщиком. Посмертная репатриация тела осуществляется до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта, вокзала, порта страны постоянного проживания.

Особые условия:

- по согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного лица) репатриация останков может быть заменена кремацией на Территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица;
- репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов по репатриации со Страховщиком.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

2.1. Не оплачиваются Страховщиком медицинские услуги при обращении Застрахованного лица 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 неотложной медицинской помощи;
- заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на Территории страхования и в период действия Полиса, не согласованное со Страховщиком;
- заболевания или расстройства здоровья, развившиеся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приёма медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- поездки, осуществлённой Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2. Не подлежат возмещению следующие расходы:

2.2.1. Расходы по оказанию медицинских услуг:

- 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, включённых 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 21.11.2011 г. № 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, употреблённых 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 абортami Застрахованного лица; - любые профилактические мероприятия, обследования, вакцинации; - артроскопическая хирургия; - все виды протезирования (в т.ч. эндопротезирование, зубное и глазное протезирование); - реабилитационные мероприятия, восстановительное долечивание, физиотерапия; - операции на сердце и сосудах, в том числе ангиопластика, коронарография, стентирование, шунтирование и ангиография, даже при наличии медицинских показаний к их проведению. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг и работ, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых Полисом, и (или) не согласованные со Страховщиком. 2.2.2. Медицинские услуги, оказанные в экстренной или плановой форме, расходы на ритуальные услуги. 2.2.3. Расходы по диагностике и лечению следующих нозологических групп (далее – в соответствии с кодами МКБ 10): 2.2.3.1. Инфекционные и паразитарные болезни: любые формы туберкулёза (A15-A19); бактериальные зоонозы (A20-A28); инфекции, передающиеся половым путём (A50-A64); болезни, вызываемые спирохетами (A65-A69); хламидиозы (A70-A74); риккетсиозы (A75-A79); вирусные инфекции центральной нервной системы (полиомиелиты, энцефалиты, менингиты и др.) (A80-A89); вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99); вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (герпес, корь, краснуха и др.) (B00-B09); вирусные гепатиты (кроме А и В) (B17-B19); болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20-B24); местные и системные микозы (B35-B49); протозойные болезни (малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз и др.) (B50-B64); гельминтозы (B65-B83); педикулёз, чесотка и другие инфеcтации (B85-B89). 2.2.3.2. Новообразования: любые злокачественные и доброкачественные новообразования, любой стадии (C00-D48). 2.2.3.3. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89). 2.2.3.4. Психические расстройства и расстройства поведения: любые виды органических и функциональных психических расстройств, делирий любого генеза, невротические расстройства, эмоциональные расстройства и др. (F00-F99). 2.2.3.5. Болезни нервной системы: - эпизодические и пароксизмальные расстройства (эпилепсия, судороги, мигрень, транзиторные ишемические церебральные атаки и связанные с ними состояния и др.) (G40-G47); - церебральный паралич и другие паралитические синдромы (ДЦП, плегии и др.) (G80-G83). 2.2.3.6. Болезни полости рта, слюнных желёз и челюстей (K00-K14), кроме K02, K04.0, K05.2, K12.2. 2.2.3.7. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99). 2.2.3.8. Врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99). 2.2.4. Расходы на прочие услуги: - уход и/или лечение Застрахованного лица родственниками и любыми лицами, не согласованные со Страховщиком; - расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», прочие услуги); - любые услуги, не подтверждённые соответствующими документами (счёт, квитанция, чек); - в случае наступления смерти Застрахованного лица, если событие подпадает под исключения, оговорённые в ст. 13 Раздела 1 «Правил страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства». 2.2.5. Расходы Застрахованного лица в случае добровольного отказа: - от назначенных Страховщиком схем организации помощи; - от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая; - от эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованное лицо постоянно проживает; - от организации перевода в другую медицинскую организацию, предложенной Страховщиком. 2.3. На страхование не принимаются лица: - возраст которых на момент заключения Полиса менее 17 лет или более 54 лет.
--

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ
Страхование действует на территории Российской Федерации.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?
4.1. При необходимости получения медицинской помощи Застрахованное лицо должно обратиться для согласования объёма услуг в круглосуточную сервисную службу уполномоченного представителя Страховщика по телефонам 8 (800) 200-42-08, +7 (985) 571-14-77 или по e-mail pult@mfc-inter.ru. Работнику круглосуточной сервисной службы необходимо назвать: - номер Полиса; - ФИО Застрахованного лица. 4.2. При обращении за неотложной медицинской помощью в медицинскую организацию Застрахованному лицу необходимо предъявить: - Полис; - паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

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 20.11.2015 г. № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования».	100% страховой премии – при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования; 100% 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% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.
Прекращение Договора страхования до наступления срока, на который он был заключён, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п. 11.4 «Правил добровольного медицинского страхования» и п. 9.5.7 «Правил страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства»).	При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страхователю возвращается страховая премия за минусом: расходов на ведение дела, части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и сумм подлежащих выплате или произведённых страховых выплат.
В иных случаях страховая премия возврату не подлежит	
Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком соответствующего заявления, а при отказе от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования – в течение 7 рабочих дней.	
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 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 потребителей финансовых услуг осуществляется бесплатно.	