

**Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования
«Иностранный студент - Ставрополье» (083101,083102)**



Подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования» и «Правил добровольного страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства» Страховщика в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (Полиса) (далее – 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 Полиса/Договора в указанную Страховщиком медицинскую организацию при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи предусмотренных Программой страхования, а также смерть Застрахованного лица при условии, что указанные события произошли во время его пребывания в пределах Территории страхования, указанной в Полисе, и в период его действия.

Программа страхования включает:

1. Основные условия Программы страхования:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в неотложной форме:

- Первичная (доврачебная) медицинскую помощь;
- Лечебно-диагностические приемы врачей в амбулаторных условиях: терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога и других специалистов; выдача листков нетрудоспособности, рецептов;
- Диагностические исследования по неотложным показаниям: лабораторная диагностика, лучевая диагностика, другие виды диагностики.

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 N323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

2. Дополнительные условия Программы страхования:

2.1. По риску «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 ее проведения, определяются Сервисной компанией. Посмертная репатриация тела осуществляется до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта, вокзала, порта страны постоянного проживания.

По согласованию с законным представителем умершего 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 законным представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов по репатриации с Сервисной компанией.

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 экстренной или неотложной медицинской помощи;
- заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на Территории страхования и в период действия Полиса/Договора, не согласованное со Страховщиком или его уполномоченным представителем;
- 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 приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- поездки, осуществленной 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, 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;
- 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 ангиографию 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 определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком или его уполномоченным представителем.

2.2.2. Расходы по диагностике и лечению следующих нозологических групп (далее - в соответствии с кодами МКБ 10):

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ:любые формы туберкулеза (A15-A19); бактериальные зоонозы(A20-A28); инфекции, передающиеся половым путем(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); педикулез, чесотка и другие инфекации (B85-B89).

НОВООБРАЗОВАНИЯ:

- любые злокачественные и доброкачественные новообразования, любой стадии (C00-D48).

БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ - анемии, нарушения свертываемости крови,

прочие болезни крови и кроветворных органов, а также нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89).

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ: - любые виды органических и функциональных психических расстройств, делирий любого генеза, невротические расстройства, эмоциональные расстройства и др. (F00-F99).

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). **БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ** (K00-K14), кроме K02, K04.0, K05.2, K12.2. **БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД** (O00-O99). **ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ, ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ** (Q00-Q99).

2.2.3. Расходы на прочие услуги:

- Уход и/или лечение Застрахованного лица родственниками и любыми лицами, не согласованными со Страховщиком или его уполномоченным представителем;
- Расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», прочие услуги);
- Любые услуги, не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек); Расходы Застрахованного лица в случае добровольного отказа:
- От назначенных Страховщиком или его уполномоченным представителем 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, предложенную Страховщиком или его уполномоченным представителем.

2.2.4. Расходы на ритуальные услуги;

2.3. Не покрываются страхованием медицинские услуги, оказанные в экстренной форме или плановой форме.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Ставропольского края Российской Федерации

Раздел IV КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

4.1. Для получения медицинских и иных услуг, включенных в Программу страхования Застрахованное лицо или его официальный представитель обращается к Страховщику по телефону круглосуточной диспетчерской службы уполномоченного представителя Страховщика, указанному в Полисе/Договоре.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер Полиса/Договора;
- ФИО Застрахованного лица.

4.2. При обращении за неотложной медицинской помощью в медицинскую организацию Застрахованному лицу необходимо предъявить:

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

4.3. Перечень медицинских организаций, для получения медицинских и иных услуг Застрахованным лицом, определяется Страховщиком, либо его уполномоченным представителем (Сервисной компанией) из числа медицинских организаций, имеющих договорные отношения со Страховщиком, либо его уполномоченным представителем (Сервисной компанией) в момент обращения Застрахованного лица, либо его официального представителя, по телефону круглосуточной диспетчерской службы уполномоченного представителя Страховщика, указанному в Полисе/Договоре, или лично в офис Страховщика.

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 №3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного	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	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 заключен, 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 добровольного 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 (не более 48%), части страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование и выплаченных или подлежащих выплате страховых возмещений.
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.	