

**Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования
«Международный студент – Содружество»
(коды продукта 082801, 082802, 082804, 082805)**



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/rules/>

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 помощи, а также для проведения предварительных медицинских осмотров в целях предупреждения заболеваний, экспертизы состояния здоровья Застрахованного лица.

Программа страхования включает:

1.1. Основные условия Программы страхования:

1.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в неотложной форме:

- лечебно-диагностические приёмы врачей: терапевта, педиатра, хирурга, травматолога-ортопеда;
- консультативные приёмы врачей-специалистов по направлению врача-терапевта, хирурга или травматолога-ортопеда: гинеколога, уролога, отоларинголога, дерматолога, офтальмолога, невролога;
- экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок по медицинским показаниям в рамках страхового случая, рецептов (кроме льготных);
- лечебные манипуляции и процедуры: перевязки, инъекции – внутримышечные, подкожные, внутривенные струйные по медицинским показаниям по направлению врача;
- лабораторно-диагностические исследования: бактериологические, биохимические, общеклинические, гистологические, цитологические исследования, иммунологические и серологические исследования – по медицинским показаниям по направлению врача;
- инструментальные исследования: рентгеновские и ультразвуковые исследования; функциональная диагностика (ЭКГ) по медицинским показаниям по направлению врача.

1.1.2. Стоматологическая помощь в неотложной форме:

- купирование острой зубной боли – лечение кариеса и его осложнений – пульпита, периодонтита (за исключением хронического периодонтита и его осложнений) в объёме распломбировки и обработки корневых каналов, наложения девитализирующих препаратов, постановки временной пломбы (при разрушении менее, чем на 50% коронковой части зуба); последующее стоматологическое лечение оплачивается Застрахованным лицом из личных средств;
- удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии (кроме удаления зубов по ортодонтическим и ортопедическим показаниям).

1.1.3. Медицинский осмотр – однократно за период страхования с выездом в учебное заведение (для заселения в общежитие учебного заведения) с проведением анализов и исследований в указанном объёме:

- HBsAg (антиген "s" вируса гепатита В);
- Ат к вирусу гепатита С (анти-НСV, суммарные);
- Ат к вирусу гепатита А IgM (анти-HAV IgM);
- ВИЧ-Комбо (HIV): Ат к вирусу иммунодефицита человека 1, 2 + антиген;
- выявление ДНК микобактерий туберкулёза (*Mycobacterium tuberculosis*) в крови.

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

- пребывание в трёх- четырёхместной палате (в момент экстренной госпитализации оговорённая комфортность палат не гарантируется), питание, уход медицинского персонала;
- консультации врачей-специалистов в соответствии с профилем заболевания (кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, неврология, травматология, урология, хирургия (общая), гинекология, офтальмология);
- комплексное клиническое обследование по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы обследования, магниторезонансную, компьютерную томографию;
- обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми для проведения лечения Застрахованного лица;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- анестезиологические пособия;
- лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

Экстренная госпитализация осуществляется по жизненным показаниям при состоянии здоровья, угрожающем жизни и требующем срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара, производится Страховщиком в стационары, предусмотренные Программой страхования Застрахованного лица, или в другие стационары, имеющие договорные отношения со Страховщиком, с учётом наличия свободных мест. В исключительных случаях экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного лица городскую больницу, способную оказать соответствующую помощь, в том числе с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. Если при поступлении, в связи с отсутствием мест в медицинской организации, предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо разместили в многоместной палате, то Страховщик принимает все меры для его перевода в палату с количеством мест, оговорённых Программой страхования. Если срок действия Страхового полиса закончился, а лечение по остротекущему заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик берёт на себя расходы на оплату медицинских услуг при экстренной госпитализации до выписки из стационара, но не более 15 (Пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока действия Страхового полиса.

1.1.5. Скорая и неотложная медицинская помощь (СМП) в экстренной форме:

- услуги СМП предоставляются в пределах МКАД по жизненным показаниям при состоянии здоровья, угрожающем жизни и требующем срочного оказания медицинской помощи;
- объём услуг, оказываемых по Программе страхования: круглосуточный выезд бригады СМП, врачебный осмотр, оказание экстренной медицинской помощи, медицинская транспортировка при необходимости экстренной госпитализации.

1.2. Дополнительные условия Программы страхования:

1.2.1. Посмертная репатриация: возмещению подлежат расходы на транспортировку тела, посмертных останков в страну, где Застрахованное лицо постоянно проживало, если смерть Застрахованного лица признана страховым случаем. 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 или его уполномоченным представителем. Посмертная репатриация тела осуществляется до ближайшего к месту, где проживало Застрахованное лицо, международного аэропорта, вокзала, порта страны, где Застрахованное лицо постоянно проживало.

Особые условия:

- по согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного лица) репатриация останков может быть заменена кремацией тела Застрахованного лица и транспортировкой урны с прахом в страну, где Застрахованное лицо постоянно проживало;
- репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов по репатриации со Страховщиком.

1.2.2. Медико-транспортная помощь организуется Страховщиком или его уполномоченным представителем с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного, при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения из Клиники (FTF), с указанием условий её проведения. Страховщик или его уполномоченный представитель, на основании медицинских документов, принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации, её дате, виде транспорта, положении Застрахованного лица при транспортировке, необходимости и виде сопровождения (медицинское – врачом, фельдшером, либо гражданским лицом), необходимости использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

2.1. Страховым случаем не является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию по поводу:

- установленного факта употребления алкоголя, наркотических или токсических веществ и расстройств здоровья, вызванных употреблением этих веществ, а также полученных Застрахованным лицом в этих состояниях травм, ожогов, отморожений, острых отравлений, повреждённых внутренних органов; умышленного причинения себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- заболеваний и их осложнений (включая лечение, контроль после лечения и динамическое наблюдение), которые в установленном порядке оплачиваются за счёт средств федерального бюджета: туберкулёза; психических заболеваний, органических психических расстройств, расстройств поведения, невротических расстройств; сифилиса, особо опасных «карантинных» инфекций, включая «атипичную пневмонию» SARS; онкологических заболеваний, заболеваний крови опухолевой природы, всех опухолей центральной нервной системы; хронических заболеваний крови; сахарного диабета I и II типа; профессиональных заболеваний, острой и хронической лучевой болезни, и их осложнений, любых заболеваний лиц, имеющих инвалидность I и II групп;
- ВИЧ-инфекции; подтверждённых иммунодефицитных состояний, венерических заболеваний, лечения урогенитальных инфекций, передающихся половым путём, хронических вирусных заболеваний, хронических гепатитов, циррозов печени; хронических кожных заболеваний, глубоких и генерализованных форм микозов;
- планирования семьи; ведения беременности и обследований, связанных с беременностью; патологии беременности на сроке более 8 недель, патологии беременности вследствие ЭКО на любом сроке, прерывания беременности без наличия медицинских показаний, лечения осложнений после прерывания беременности и родов; родовспоможения; гормональных и других исследований с целью подбора методов контрацепции, заместительной гормональной терапии, диагностики и лечения бесплодия и нарушений потенции; подбора методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС); искусственного оплодотворения, хирургического изменения пола;
- травм, состояний и/или болезней, вызванных всеми видами профессионального спорта, определёнными видами спорта и физической активности, классифицируемыми как связанные с риском для жизни или здоровья; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации и пластики, включая септопластику; протезирования, в том числе эндопротезирования, имплантации, реконструктивных операций всех видов, включая устранение последствий травм; процедур и операций, проводимых с эстетической или косметической целью, удаления и лечения мозолей, папиллом, атером, липом, бородавок, невусов и кондилом; лечения препаратами, созданными с использованием нанотехнологий, генной инженерии и других высоких технологий, включая оплату их стоимости; нейрохирургических вмешательств; хирургического лечения ортопедических заболеваний; сердечных и сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения; генерализованного (распространённого) атеросклероза; хронической почечной и печёночной недостаточности;
- лечения пародонтоза и хронического периодонтита, требующего использования любого хирургического метода; ортодонтических нарушений; протезирования зубов и подготовки к нему; лечения зубов с разрушением коронковой части более чем на 1/2 с целью её восстановления (реставрации); использования парапульпарных, углеводородных, стекловолоконных и анкерных штифтов, термофилов; установления вкладок, применения жидкотекучего композита, «сэндвич-методики»; условного лечения зубов (без гарантии); лечения ранее депульпированных зубов; зубосохраняющих операций, альтернативных удалению зубов, при патологии околоверхнечелюстных тканей; пластических операций; лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями; косметических дефектов (включая отбеливание зубов, герметизации фиссур);
- демиелинизирующих болезней, эпилепсии и других судорожных синдромов, церебрального паралича, церебро-васкулярной болезни (хронической ишемии головного мозга, дисциркуляторной энцефалопатии); кондуктивной и нейросенсорной потери слуха; системных заболеваний, всех недифференцированных коллагенозов; врождённой и наследственной патологии (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм);
- ангиографии, ПЭТ, аллергологического обследования, любых генетических и цитогенетических исследований, ДНК-диагностики (кроме диагностики острых инфекционных заболеваний); микробиологического исследования при урогенитальных инфекциях; исследования нарушений метаболизма, маркеров резорбции костей;
- вакцинации; специфической иммунизации с различными аллергенами; реабилитационного и восстановительного лечения; профилактических меропрятий, в том числе при любых видах дистрофий и дегенераций; обследования и выдачи всех видов справок, кроме медицинских справок по медицинским показаниям в рамках страхового случая; обследования для госпитализации, обследования для выдачи санаторно-курортной карты и посылного листа в МСЭК;
- всех видов массажа и рефлексотерапии; индивидуальных занятий ЛФК; водо- и грязелечения, гомеопатии, биорезонансной терапии, диагностики и лечения по методу Фолля, аутогемотерапии, гирудотерапии, аппаратного лечения простатитов, радиохирургических методов лечения, нетрадиционных методов лечения, посещения солярия; психодиагностики и психотерапии; диагностики и лечения расстройств сна, храпа; консультаций и лечения у логопеда;
- медицинских услуг в дневном стационаре и стационаре одного дня; курсового лечения на дому; контактной и лазерной коррекции зрения, профилактики и лечения косоглазия, астигматизма и близорукости; манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, ультразвуковых низкочастотных аппаратов в отоларингологии, аппаратов квантовой медицины; экстракорпоральных методов лечения, включая над- и внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез, гемосорбцию, колоногидротерапию, все виды гипо-, нормо- и гипербарической оксигенотерапии.

2.2. Не оплачиваются Страховщиком медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае:

- заболевания или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшихся до начала срока страхования или начавшихся до приезда на Территорию страхования, не требующих экстренной или неотложной медицинской помощи;

- заболевания или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на Территории страхования и в период действия Полиса, не согласованное со Страховщиком или его уполномоченным представителем;
- 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 приёма медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом;
- поездки, осуществлённой Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.3. Не подлежат возмещению расходы на:

- лекарственные препараты (кроме предусмотренных в п. 1.1.4), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, стенты, имплантанты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, контрастные вещества и расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства;
- медицинские услуги, оказанные в плановой форме;
- ритуальные услуги.

2.4. Застрахованное лицо обязано возместить понесённые Страховщиком расходы в следующих случаях:

- вызов бригады скорой помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах; отсутствие Застрахованного лица по указанному при вызове адресу; вызов бригады скорой медицинской помощи для не Застрахованных лиц; вызов бригады скорой медицинской помощи с целью получения плановых (т.е. не экстренных) медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.;
- вызов бригады скорой медицинской помощи к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения с целью снятия данного состояния, а также с целью прерывания запоя; отказ от бригады скорой медицинской помощи по прибытии её на место вызова;

При неоплате этих расходов в течение 10 (десяти) банковских дней с момента получения счёта от Страховщика, последний вправе прекратить действие страхования в отношении этого Застрахованного лица.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории г. Москва.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

4.1. При необходимости получения медицинской помощи по пунктам 1.1.1 и 1.1.2 Застрахованное лицо должно обратиться в регистратуру Семейной клиники «Доктор АННА» по телефону +7 (495) 735-88-99 для записи на приём (взрослые и несовершеннолетние).

4.2. При необходимости получении медицинской помощи по пунктам 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5 и 1.2 Застрахованное лицо должно обратиться в круглосуточную сервисную службу уполномоченного представителя Страховщика по телефонам +7 (800) 200-42-08, +7 (985) 571-14-77.

При обращении необходимо назвать:

- номер Полиса;
- ФИО Застрахованного лица;
- причину обращения.

4.3. При обращении за медицинской помощью в медицинскую организацию несовершеннолетнего Застрахованного лица требуется обязательное присутствие сопровождающего – законного представителя этого лица.

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 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»).	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, а также понесённых Страховщиком расходов на ведение дел и сумм произведённых и подлежащих выплате 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.