

**Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования
СЕМЕЙНЫЙ (080602)**



Подготовлен на основании «Правила добровольного медицинского страхования» 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 в медицинскую организацию в порядке, указанном в Программе страхования в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояниях, требующих неотложной медицинской и иной помощи, предусмотренных Программой страхования:

Медицинская помощь в неотложной форме 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 29.12.2015г., «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Программа страхования включает:

1. Амбулаторно-поликлиническую помощь в неотложной форме – диагностические и лечебные мероприятия, в том числе: консультации врача в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара; назначенные врачом лабораторные и инструментальные исследования; оказание медицинской помощи на дому врачом-терапевтом (в случае, когда Застрахованное лицо по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинскую организацию, нуждается в постельном режиме).
2. Стоматологическую помощь в неотложной форме: купирование острой боли; удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.
3. Стационарную медицинскую помощь в неотложной форме – диагностические и лечебные мероприятия, в том числе: консультации, лабораторные и инструментальные исследования, пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, хирургическое и консервативное лечение, лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара, пребывание в стационаре в палате стандартного типа (общей палате).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

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

2.1.1. 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;

2.1.2. 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;

2.1.3. 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;

2.1.4. поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

2.2. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинские и иные организации за медицинскими и иными услугами:

2.2.1. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;

2.2.2. 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;

2.2.3. по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощи, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения;

2.2.4. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в плановой форме;

2.2.5. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;

2.2.6. по оказанию Застрахованному лицу скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

2.2.7. в связи с репатриацией тела (останков) в случае смерти Застрахованного лица;

2.2.8. 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;

2.2.9. по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

2.2.10. 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;

2.2.11. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

2.2.12. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортami Застрахованного лица;

2.2.13. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Полисом и/или Программой страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные Полисом и/или Программой страхования;

2.2.14. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Полисом и/или без согласования со Страховщиком или его уполномоченным представителем;

2.2.15. если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

3. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских и иных услуг, полученных Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Полисом, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком или его уполномоченным представителем.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации.

Раздел IV КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

4.1. Медицинские услуги предоставляются по направлению Страховщика или его уполномоченного представителя в медицинских организациях, находящихся на территории страхования и имеющих договоры со Страховщиком или его уполномоченным представителем.

4.2. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо или его представитель должен обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу уполномоченного представителя Страховщика, указанную в Полисе.

Сотруднику круглосуточной диспетчерской службы необходимо назвать:

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

4.3. Застрахованное лицо по предварительному согласованию со Страховщиком вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги, определенные Программой страхования.

Основанием для страховой выплаты при этом является заявление на страховую выплату с приложением документов, указанных в пункте 9.3 Правил, и документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

4.3.1. Страховая выплата осуществляется в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения последнего документа, указанного в пункте 9.3 Правил при признании случая страховым

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 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)).	При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страхователю возвращается страховая премия за минусом: расходов на ведение дела (не более 53%), 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.