

**Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования
«Телемедицина – Стандарт»
(коды продукта – 081401, 081404)**



Подготовлен на основании «Правил 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:

1.1. Страховщик организует и оплачивает круглосуточные дистанционные консультативные медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования (Полиса) (далее - Полис) в указанную в Программе страхования медицинскую организацию при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении с применением телемедицинских технологий с использованием сервиса в режиме реального времени, по вопросам, отнесенным к компетенции врача в виде:

- Консультаций по первичной медицинской помощи в экстренной ситуации;
- Консультаций по результатам анализов и обследований;
- Консультаций по подготовке к обследованию;
- Второе мнения;
- Консультаций по состоянию и профилактике здоровья,

Срочные телемедицинские консультации дежурных врачей (врач общей практики, врач-терапевт, врач педиатр) в режиме 24/7/365 – без ограничений количества обращений;

По предварительной записи – консультации узких врачей-специалистов (терапевта, врача общей практики, педиатра, невролога, оториноларинголога, гастроэнтеролога, дерматовенеролога, уролога, травматолога-ортопеда, эндокринолога, аллерголога-иммунолога, кардиолога, хирурга, ревматолога, офтальмолога, стоматолога, акушер-гинеколога, гинеколога, врача УЗИ, онколога)

1.2. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного лица дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

2.1. Не оплачиваются Страховщиком медицинские услуги при обращении Застрахованного лица в случае следующих заболеваний и их осложнений:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь, алкоголизм, наркомания, токсикомания; психические расстройства и расстройства поведения; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич; системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа; хронические гепатиты С, Е, F, G; инвалидность (кроме III группы).

2.2. Не подлежат оплате услуги, вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях; услуги по инструментальной и лабораторной диагностике; услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, выдача всех видов медицинской документации, услуги, оказанные Застрахованному лицу до и после окончания срока действия Полиса, услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

2.3. Если в течение срока действия Полиса будет установлено, что Полис заключен в отношении Застрахованного лица, имеющего заболевание из числа указанных в п. 2.1 или имеющего инвалидность (кроме III группы), а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному лицу инвалидности (кроме III группы) в течение срока действия Полиса Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза либо подтверждения (установления) инвалидности (кроме III группы).

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации.

Раздел IV КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

4.1. Услуги, включенные в Программу страхования, оказываются в медицинских организациях, указанных в приложении к Полису, при помощи телефона, мобильных устройств или компьютера в порядке, указанном в Приложении к Полису.

4.2. Для получения медицинских услуг при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные Полисом, или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в Полисе (страховой карточке).

4.3. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Полис (страховую карточку) и (или) пропуск установленного для этой медицинской организации образца.

4.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

4.5. Страховая выплата осуществляется, в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинской организации за оказание медицинской помощи и услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет

медицинской организации, либо посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи и услуг, включенных в Программу. Основанием для выплат в последнем случае является Заявление Застрахованного лица (Страхователя) с приложением документа об оплате медицинской помощи и услуг, оказанных медицинской организацией, документ, удостоверяющий личность получателя страховой выплаты.

4.6. Предусмотренные Полисом выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному

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 (пункт 11.4 Правил).	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 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.
--