

**Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования
«ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ – КРЫМ»
(код продукта 083903)**



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

Правила размещены на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://bsolnsur.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 медицинскую организацию при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих оказания неотложной медицинской помощи.

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 листов нетрудоспособности, рецептов;
- 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 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1.1.3. Специализированная медицинская помощь в неотложной и экстренной форме в условиях стационара включает в себя:

- пребывание в стационаре;
- лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- консультации специалистов;
- лабораторную диагностику; инструментальную диагностику; медикаментозное лечение; анестезиологическое пособие;
- оперативные вмешательства.

Госпитализация осуществляется по жизненным показаниям при состояниях здоровья, в том числе угрожающих жизни и требующих срочного оказания медицинской помощи в условиях стационаров, имеющих договорные отношения со Страховщиком, с учётом наличия свободных мест. В исключительных случаях госпитализация может быть осуществлена в ближайший к месту нахождения Застрахованного лица городской стационар, способный оказать соответствующую помощь, в том числе с использованием услуг государственной (муниципальной) скорой медицинской помощи. Если срок действия Полиса закончился, а лечение по заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик берёт на себя расходы на оплату медицинских услуг до выписки из стационара, но не более 15 (пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока действия Полиса.

1.2. Дополнительные условия Программы страхования:

1.2.1. 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 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.

1.2.2. Медико-транспортная помощь включает в себя: медицинскую транспортировку в медицинские организации или до постоянного места жительства по медицинским показаниям.

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/Договора, 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 № 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 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 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/Договором, и (или) не согласованные со Страховщиком. 2.2.2. Медицинские услуги, оказанные в 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 инфекации (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: - эпилептические 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). 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.
--

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ
Страхование действует на территории Российской Федерации за исключением территорий Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей.

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, 8 (985) 571-14-77. Сотруднику круглосуточной сервисной службы 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.

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 добровольного страхования 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 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.	