

**Ключевой информационный документ  
об условиях договора добровольного медицинского страхования  
«ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ – ДФО»  
(код продукта 082101)**



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:**

Обращение Застрахованного лица в течение периода действия Полиса в медицинскую организацию при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, за получением консультативной, лечебной и иной помощи в пределах перечня, предусмотренного Программой страхования.

**Программа страхования:**

**1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в неотложной форме включает в себя:**

- первичную (доврачебную) медицинскую помощь;
- лечебно-диагностические приёмы врачей в амбулаторных условиях: терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога и других специалистов; выдачу листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов;
- диагностические исследования по неотложным показаниям: лабораторную диагностику, лучевую диагностику, другие виды диагностики;

**1.2. Стоматологическая помощь в неотложной форме включает в себя:**

- 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 г. № 323-ФЗ (ред. от 01.01.2021 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

**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 осложнений, имевшихся до начала срока страхования или начавшихся до приезда на Территорию страхования, не требующих 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, 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.

**2.2. Не подлежат возмещению расходы:**

**2.2.1. Расходы по оказанию следующих 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 РФ от 21.11.2011 г. № 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 абортми 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 Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

**2.2.2. Расходы на медицинские услуги, оказанные в экстренной или 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 инфестации (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:
- 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, пlegии 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 любимыми 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 организации перевода в другую медицинскую организацию, предложенной Страховщиком.
- 2.2.6.** Расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

### Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Дальневосточного Федерального округа.

### Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

- 4.1.** При необходимости получения медицинской помощи Застрахованное лицо должно обратиться для согласования объёма медицинских 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 страхования;
  - ФИО Застрахованного лица.
- 4.2.** При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Страховой полис (страховую карточку) и (или) пропуск установленного для этой медицинской организации образца.
- 4.3.** Страховая выплата осуществляется, в соответствии с условиями Договора страхования (Полиса) на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинской организации за оказание медицинской помощи и услуг, путём безналчного перечисления денежных средств на расчётный счёт медицинской организации, либо посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтверждённых затрат по оплате медицинской помощи и услуг, включённых 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.
- 4.4.** Размер страховых выплат за период действия Договора страхования (Полиса) определяется стоимостью медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая и не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности), установленных Договором страхования (Полисом).
- 4.5.** Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страхования (Полисом) страховую сумму (пункт 9.6 Правил).
- 4.6.** Подробный порядок возмещения Страховщиком понесённых Застрахованным лицом расходов размещён на официальном сайте Страховщика: <https://bsoinsur.ru/poryadokv/>.

### 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 г. № 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 (Полиса) 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 (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 (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](http://www.finombudsman.ru), адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3).  
Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителей финансовых услуг осуществляется бесплатно.