

## КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ

об условиях договора добровольного страхования

к СТРАХОВОМУ ПОЛИСУ

комплексного добровольного медицинского страхования и страхования лиц,

выезжающих за пределы постоянного места жительства

(страховой продукт «Медицинское страхование студентов»)



подготовлен на основании **Правил добровольного медицинского страхования от 28.05.2012** (далее - **Правила 1**) и **Правил страхования расходов лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства от 16.10.2017** (далее - **Правила 2**).

**Страховщик:** Общество с ограниченной ответственностью «СМП - Страхование» (ООО «СМП – Страхование») Адрес для направления юридически значимых сообщений: ул. Садовническая, д.71 стр.3, Москва, 115035 e-mail: info@smpins.ru, www.smpins.ru

### Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

В рамках добровольного медицинского страхования (далее – ДМС) застрахован **риск возникновения затрат на оказание медицинской помощи и иных услуг** в объеме и на условиях программы добровольного медицинского страхования (далее – Программа ДМС), выбранной Страхователем.

В отношении ДМС страховым случаем является получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС в медицинской организации, при ухудшении состояния здоровья в результате обстоятельств, которые определены программой добровольного медицинского страхования (остром заболевании, обострении хронического заболевания, осложнении, возникшем при лечении, плановых медицинских вмешательствах, травме, отравлении и других оговоренных случаях).

**Состав Программы ДМС** (в зависимости от выбранного варианта):

- ✓ Амбулаторно-поликлиническая помощь;
- ✓ Периодические медицинские осмотры;
- ✓ Стоматологическая помощь;
- ✓ Скорая и неотложная медицинская помощь;
- ✓ Стационарная помощь.

В отношении **страхования расходов лиц, выезжающих за пределы постоянного места жительства** (далее – ВЗР) страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика по осуществлению страховых выплат - компенсации всех или части категорий расходов Застрахованного лица, в соответствии с выбранной Программой страхования.

**Состав Программ по ВЗР:**

**Программа Е.** Организация и оплата экстренной медицинской помощи (амбулаторной/стационарной, в том числе стоматологической) на территории РФ; организация и оплата расходов по посмертной репатриации тела Застрахованного;

**Программа Г.** Организация и оплата расходов по посмертной репатриации тела Застрахованного.

### Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

**В отношении ДМС** Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги необходимые Застрахованному в связи:

- ✓ с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;
- ✓ с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- ✓ с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- ✓ с участием Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

- ✓ Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;
- ✓ в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования;
- ✓ не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний.

**Полный перечень исключений в отношении ДМС указан в Разделе 5 и Разделе 11 Правил 1.**

**В отношении ВЗР не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком следующие расходы Застрахованного лица:**

- ✓ на лечение заболеваний, которые в последние шесть месяцев до начала действия договора страхования требовали лечения, а также хронических заболеваний и их обострений, осложнений, существовавших на момент заключения договора страхования;
  - ✓ возникшие вследствие обострения или осложнения наследственных и врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений, заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;
  - ✓ связанные с последствиями полиомиелита, энцефалита, менингита, полиневрита;
  - ✓ с возникновением, обострением или осложнением следующих заболеваний: туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза, хронической почечной и печеночной недостаточности, цирроза печени, сахарного диабета и других эндокринных заболеваний, системных заболеваний соединительной ткани, болезни Бехтерева, заболеваний крови, герпеса, кожных заболеваний (псориаза, нейродермита, экземы), микозов, онихомикозы, паразитарных заболеваний;
  - ✓ возникшие в результате занятия Застрахованного лица любым видом спорта на профессиональном уровне;
  - ✓ возникшие в результате участия Застрахованного лица в занятиях, тренировках, соревнованиях, гонках по травмоопасным и экстремальным видам спорта и хобби, которые представляют высокую степень опасности для жизни и здоровья;
  - ✓ связанные с возникновением, обострением или осложнением заболеваний органов и тканей, требующие их трансплантации и/или протезирования;
- возникшие вследствие: консультаций, обследований, связанных с беременностью или лечением осложнений независимо от срока беременности, а также дородового наблюдения, родов (в том числе преждевременных или по проведению кесарева сечения), включая послеродовой период и уход за новорожденным; любых осложнений беременности, связанных с патологическим или нормальным протеканием беременности в результате экстракорпорального оплодотворения, и беременности, требующей приема специфической терапии для ее сохранения;
- ✓ связанные с ВИЧ-инфицированием и СПИДом, венерическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями, передающимися половым путем (ИППП), а также заболеваниями, являющимися их следствием;
  - ✓ связанные с возникновением, обострением или осложнением онкологического заболевания, новообразования (злокачественного и доброкачественного), в том числе заболеваний крови и кроветворных органов, а также заболеваний, являющихся их следствием или осложнением, с момента постановки диагноза; на экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмафорез и т.п.), УФО крови (ультрафиолетового облучения крови);
  - ✓ на компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, не согласованные с Сервисной компанией и/или Страховщиком;
  - ✓ на устранение косметических дефектов лица (в том числе стоматологических), тела независимо от времени их возникновения;
  - ✓ на косметическую, пластическую и восстановительную хирургию и всякого рода протезирование, на стоматологические услуги (кроме расходов на осмотр, лечение и медикаменты при острой зубной боли, а также при травме зуба в результате несчастного случая).

**Полный перечень исключений и расходов, не возмещаемых Страховщиком в отношении ВЗР указан в Разделе 5 Правил 2.**

**Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ**

В отношении ДМС территорией страхования является адрес фактического места пребывания Застрахованного лица. В отношении ВЗР территорией страхования является территория не менее чем за 500 километров от региона постоянного проживания, в пределах территории, указанной в договоре страхования (страховом полисе), и в период, на который заключен договор страхования (страховой полис).

**Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?**

**В отношении ДМС** Страховщик осуществляет оплату организации и предоставления медицинской помощи (медицинских услуг), предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления трудовой деятельности. Для получения медицинской помощи Застрахованному лицу или его представителю необходимо связаться с представителем Страховщика по телефону 8-(800)555-81-82 и сообщить: фамилию, имя, отчество Застрахованного лица, номер Полиса, срок действия Договора страхования, причину обращения за помощью, адрес нахождения Застрахованного лица, телефон, по которому с Застрахованным лицом можно связаться.

**В отношении ВЗР** возмещение расходов производится оплатой услуг и (или) расходов, оказанных и (или) понесенных в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному лицу или Сервисной компании.

Для регистрации страхового случая необходимо обращаться в Контактный центр Страховой компании (тел. 8-800-555-81-82) и/или Сервисной компании Global Voyager Assistance (GVA) по телефону: 8-495-775-0999 (для ВЗР), указанной в договоре страхования (страховом полисе) Застрахованного лица, которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию услуг.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно понес расходы, связанные с событием, имеющим признаки страхового случая, он должен при возвращении из поездки в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней после возвращения в письменной форме заявить Страховщику о случившемся и представить следующие документы:

- ✓ заявление на страховую выплату, по форме установленной Страховщиком, с указанием причин самостоятельной оплаты расходов;

- ✓ договор страхования (страховой полис);
  - ✓ документ, удостоверяющий личность заявителя;
  - ✓ документ, подтверждающий полномочия лица, являющегося представителем Застрахованного лица (Выгодоприобретателя);
  - ✓ оригинал справки/ счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом медицинского учреждения) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, с перечнем оказанных услуг с разбивкой их по датам и стоимости, с итоговой суммой к оплате;
  - ✓ оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;
  - ✓ оригинал направления, выданного врачом, на прохождение лабораторных исследований и счет лаборатории с разбивкой по датам, наименованиям и стоимости оказанных услуг;
  - ✓ документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы или кассовый чек).
- Полный список документов, необходимых для получения страховой выплаты (страхового возмещения) указан в пп. 9.4.1. Правил 2.**

## 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 заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года №3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» договора при отсутствии в указанном периоде событий, обладающих признаками страхового случая	100% от страховой премии – при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования;  100% от 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% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

**В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.**

Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления.

## 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 потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.