Ключевой информационный документ
об условиях договора добровольного страхования

Договора страхования граждан, выезжающих за рубеж

подготовлен на основании Правил страхования расходов путешествующих лиц от 20.10.2026

Страховщик:	Страховое акционерное общество «Медэкспресс» 191186, Санкт-Петербург, Гороховая ул., д. 14/26

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

1.1. Покрываются предусмотренные Договором страхования (полисом) непредвиденные расходы, которые может понести Застрахованное лицо при совершении поездки за пределы страны постоянного проживания, в частности:
— расходы на лечение, вызванные острым заболеванием, обострением хронического заболевания, повлекшего угрозу для жизни застрахованного лица (или несчастным случаем);
— неотложная медицинская эвакуация к месту постоянного жительства;
— репатриация к месту постоянного жительства в случае смерти.
1.2. Дополнительно в рамках данного вида страхования может быть включено:
расходы на визит третьего лица в чрезвычайной ситуации (в случае критического состояния здоровья Застрахованного лица);
— досрочное возвращение к месту постоянного жительства в случае неожиданной, документально подтвержденной смерти близкого родственника;
— расходы на эвакуацию детей к месту постоянного жительства в случае госпитализации или смерти Застрахованного лица;
— расходы при потере или хищении документов;
— потери от вынужденного отказа от поездки;
— потеря и повреждение багажа;
— занятия активным отдыхом и экстремальными видами спорта
Полный перечень рисков указан в Правилах страхования - п. 4.2. 4.3 и 6

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

2.1. Не являются страховыми случаями
— плановые медицинские мероприятия;
— лечение, связанное с врожденными пороками развития, в том числе передаваемыми по наследству и любыми врожденными заболеваниями;
— нервные и психические заболевания;
— онкологические заболевания;
— расходы, возникшие в результате нахождения застрахованного лица под воздействием наркотических, токсических или алкогольных веществ;
— расходы, понесенные в результате членовредительства, попытки самоубийства, расходы при отравлении лекарственными препаратами;
— СПИД, синдром первичного иммунодефицита и все заболевания, связанные с ВИЧ- инфицированием;
— расходы по лечению заболеваний, передающихся половым путем;
— опасные и тропические инфекции (такие как натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф) и заболевания, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией;
— грибковые и дерматологические заболевания (кроме инфекционных), в том числе аллергические (кроме отека Квинке, синдрома Лайелла) и пищевые дерматиты;
— ведение беременности вне зависимости от срока и родовспоможение;
— расходы на лечение хронических заболеваний и их обострения, не повлекших угрозу для жизни.
Полный перечень исключений из страхового покрытия указан в Правилах страхования – п. 4.4.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Территория действия страхового полиса ограничивается официальной территорией страны/стран, указанных в полисе.
3.2. Не являются страховыми случаями события, наступившие на территории:

— иностранного государства, в котором постоянно/преимущественно проживает и/или гражданином которого является (или в котором имеет вид на жительство) и/или осуществляет трудовую деятельность Застрахованное лицо;
— государств, на территории которых ведутся военные действия;
— государств, в которых объявлено чрезвычайное положение, проведение военных/полицейских операций;
— государств в отношении которых введены санкции, запрет либо ограничение в соответствии с резолюцией ООН, какими-либо торговыми, экономическими и/или военными санкциями, законодательством или нормативно-правовыми актами Европейского Союза, Великобритании или США;
— территории государств, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий;
— территории государств, при посещении которых с очевидной вероятностью может быть нанесен вред здоровью людей.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

4.1. Возмещение расходов производится Медицинскому учреждению или Сервисной компании, оказавшей медицинские услуги Застрахованному лицу.
Страховая выплата осуществляется на основании выставленных медицинским учреждением или Сервисной компанией счетов на оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги и содержащих информацию о диагнозе, видах, объемах и стоимости этих услуг.
4.2. В случае, если Застрахованное лицо по медицинским показаниям не имело возможности выполнить требования п. 5.1 Правил и самостоятельно оплатил медицинские и иные сопутствующие услуги Страховщик выплачивает страховое возмещение непосредственно Застрахованному лицу при предъявлении Заявления с приложением необходимых документов, перечень которых указан в п.5.4. Правил.

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 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования"	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

При досрочном прекращении договора по основанию не возможности наступления страхового случая и прекращения страхового риска по обстоятельствам иным, чем страховой случай, а также в случае отказа Страхователя от договора в срок, превышающий 14 календарных дней с даты его заключения, страховая премия возврату не подлежит, если иное не будет предусмотрено договором страхования.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения соответствующего заявления (7 рабочих дней при отказе от договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования).

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

- Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
- Если страховщик не удовлетворил заявление (претензию), при этом размер требований не превышает 500 000 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 потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

Раздел VII. ЧТО ЕЩЕ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ?

Расходы оплачиваются в пределах лимитов, указанных в Правилах страхования и Договоре страхования / полисе.