



Ключевой информационный документ об условиях договора
добровольного страхования

Полис добровольного медицинского страхования «Антиклещ»

подготовлен на основании «Правил добровольного медицинского страхования граждан»
АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила) размещенных:
https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzzmt3213aoon60h7fkwar3j48hzpfj/003_Pravila-dobrovolnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-grazhdan-ot-31.01.2023.PDF



Страховщик: Акционерное общество «Страховое общество газовой промышленности» АО «СОГАЗ», адрес: 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, д. 10; для обращения в филиалы: <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>.

РАЗДЕЛ I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования по Полису в медицинскую или иную организацию из числа согласованных Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, с целью профилактики, диагностики и лечения заболеваний, связанных с укусом клеща.

РАЗДЕЛ II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

1. Обращение по поводу заболеваний/состояний, не связанные с укусом клеща.
2. Обращение за:
 - 2.1. Любыми медицинскими услугами, не назначенными врачом и не предусмотренными Программой ДМС.
 - 2.2. Лечение, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским.
 - 2.3. Экстракорпоральными методами лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
3. Профилактика заболеваний, передающихся клещом, в части вакцинации и ревакцинации, проводимой до наступления эпидсезона согласно соответствующим схемам.
4. Обращение за медицинскими и иными услугами, предусмотренными Программой ДМС, в течение Временной франшизы, установленной Полисом.

РАЗДЕЛ III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Территория страхования определяется территорией предоставления медицинских и иных услуг медицинской или иной организацией, расположенной на территории Российской Федерации. Медицинскую и иную организацию определяет Страховщик, руководствуясь характером клинической проблемы, возможностями медицинской организации, наличием мест, временными факторами, возможностью Страховщика организовать и оплатить оказание медицинских услуг в конкретной медицинской организации и прочими обстоятельствами.

РАЗДЕЛ IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

1. Страховая выплата осуществляется в форме организации и оплаты Страховщиком медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, с их оплатой в медицинскую или иную организацию в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской и иной организацией.
2. Для организации Страховщиком санаторно-курортных и реабилитационно-восстановительных услуг в связи с событием, указанным в Разделе I, Застрахованное лицо должно предоставить:
 - 2.1. заявку на санаторно-курортное/реабилитационно-восстановительное лечение;
 - 2.2. выписку из стационара, в связи с лечением заболевания, указанного в Разделе I;
 - 2.3. справку из медицинской организации с рекомендацией санаторно-курортного, реабилитационно-восстановительного лечения;
 - 2.4. полис ОМС;
 - 2.5. документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении ребенка).
3. Возмещение согласованных со Страховщиком расходов на оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, расходов на приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой ДМС, осуществляется на основании заявления на страховую выплату, которое подается Страховщику в течение 30 (тридцати) дней со дня оказания медицинских услуг в амбулаторных условиях и/или приобретение лекарственных средств, и/или изделий медицинского назначения.
4. Возмещение согласованных со Страховщиком расходов на оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, и/или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой ДМС, осуществляется на основании документов:
 - 4.1. заявления на страховую выплату;
 - 4.2. документа, удостоверяющий личность (свидетельства о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица в возрасте до 14 лет);
 - 4.3. оригиналов (надлежащим образом заверенной копии) документов из медицинской организации (оформленных в соответствии с законодательством), куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг с обоснованием лечащего врача:
 - 4.3.1. о наличии медицинских показаний для применения изделий медицинского назначения, а также документов, подтверждающих их использование;
 - 4.3.2. о наличии медицинских показаний для применения лекарственных средств (рецепты лечащего врача), которым

были назначены лекарственные средства.

4.3.3. товарную накладную с указанием наименования, количества, стоимости изделий медицинского назначения и/или лекарственных средств;

4.3.4. оригиналов документов, подтверждающих оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, стоимости изделий медицинского назначения и/или лекарственных средств:

4.3.4.1. чека контрольно-кассового аппарата об оплате медицинских услуг/приобретении лекарственных средств/изделий медицинского назначения;

4.3.4.2. товарного чека, подтверждающего: оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях (с указанием в нем наименования оказанной услуги, количества услуг и их стоимости, даты оказания); приобретение лекарственных средств/изделий медицинского назначения (с указанием наименования, стоимости);

4.3.4.3. выписки из медицинской карты (с указанием: диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных Программой))/выписки из карты амбулаторного больного, подтверждающей факт обращения в медицинскую организацию и назначение лекарственных средств/изделий медицинского назначения;

4.3.4.4. лицензии медицинской организации;

4.3.4.5. договора с медицинской организацией.

5. Страховая выплата по п. 4 настоящего Раздела осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты получения последнего из документов, указанных в п. 4 настоящего Раздела IV.

РАЗДЕЛ V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма возврата страховой премии
1. 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» при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии
2. Отказ от договора добровольного страхования в случае непредоставления, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре добровольного страхования при отсутствии в течение срока действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая	100% страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование
3. Прекращение договора страхования, если после вступления Полиса в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай	

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии по п.п. 1, 3 раздела V в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования;

Возврат страховой премии по п. 2 раздела V осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования.

РАЗДЕЛ VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

1. Направить страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
2. 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.