



Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования

Полис добровольного страхования «Антиклещ +»

подготовлен на основании «Правил общего добровольного страхования от несчастных случаев и болезней» в редакции от 31.08.2022 г. (далее – Правила 1), размещены:

https://www.sogaz.ru/upload/iblock/77c/165_pravila-obshchego-dobrovolnogo-strakhovaniya-ot-neschastnykh-s-bolezney-31.08.2022.pdf

и «Правил добровольного медицинского страхования граждан» АО «СОГАЗ» в редакции от 31.01.2023 г. (далее – Правила 2), размещены:

https://www.sogaz.ru/upload/iblock/61f/gfzmt3213a0on60h7fkwar3j48hzpfj/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 или для обращений в филиалы: <https://www.sogaz.ru/sogaz/about/filials/>.

РАЗДЕЛ I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

- 1.1. Смерть в результате заболевания;
- 1.2. Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) в результате заболевания;
- 1.3. Временная утрата трудоспособности в результате заболевания (для работающего Застрахованного лица)/Временное расстройство здоровья в результате заболевания (для неработающего Застрахованного лица)
- 1.4. Под заболеванием понимается диагностированное в течение срока действия страхования заболевание клещевым энцефалитом (энцефаломиелитом), болезнью Лайма.
2. 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?

- 1.1. Не являются страховыми случаями последствия заболеваний (п. 1.4 Раздела I), не указанные в п.п. 1.1-1.3 Раздела I;
- 1.2. Не являются страховыми случаями события, указанные в п.п. 1.1-1.3 Раздела I, вызванные заболеваниями (п. 1.4 Раздела I):
 - 1.2.1. имевшимися у Застрахованного лица о которых он знал, но не сообщил при заключении Полиса;
 - 1.2.2. диагностированными у Застрахованного лица до начала страхования по Полису;
- 1.3. Не являются страховыми случаями события, указанные в п.п. 1.1-1.3 Раздела I, связанные с употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ.
- 2.1. Обращение по поводу заболеваний/состояний, не связанные с укусом клеща - по п. 2 Раздела I.
- 2.2. Обращение за (по п. 2 Раздела I):
 - 2.2.1. Любыми медицинскими услугами, не назначенными врачом и не предусмотренными Программой ДМС.
 - 2.2.2. Лечение, являющимся по характеру экспериментальным или исследовательским.
 - 2.2.3. Экстракорпоральными методами лечения за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям.
 - 2.2.4. Профилактика заболеваний, передающихся клещом, в части вакцинации и ревакцинации, проводимой до наступления эпидсезона согласно соответствующим схемам.
 - 2.2.5. Обращение за медицинскими и иными услугами, предусмотренными Программой ДМС, в течение Временной франшизы, установленной Полисом.

РАЗДЕЛ III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

1. Территория Российской Федерации – по п.п. 1.1-1.3 Раздела I.
2. Территория страхования определяется территорией предоставления медицинских и иных услуг медицинской или иной организацией, расположенной на территории Российской Федерации - по п.2 Раздела I.
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. По п.п. 1.1-1.3 Раздела I:
 - 1.1. Срок уведомления Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового случая:
 - 1.1.1. в случае временной утраты трудоспособности – не позднее 30 (тридцати) дней с даты окончания временной нетрудоспособности;
 - 1.1.2. в случае временного расстройства здоровья – не позднее 30 (тридцати) дней с даты окончания лечения;
 - 1.1.3. в случае установления инвалидности – не позднее 30 (тридцати) дней с даты установления инвалидности;
 - 1.1.4. в случае смерти Застрахованного лица – в течение 30 (тридцати) дней, после того, как ему стало известно о смерти Застрахованного лица

- 1.2. Заявление об осуществлении страховой выплаты подается без ограничения по времени.
- 1.3. Для получения страховой выплаты, требуется предоставить:
- 1.3.1. документы, указанные в п.п. 10.6.1-10.6.3, п.п. 10.6.5-10.6.7 Правил 1;
- 1.3.2. в случае смерти (дополнительно к документам, указанным в п. 1.3.1 настоящего Раздела):
- а) Свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица;
 - б) Документ из медицинской организации или компетентных органов, подтверждающий причину смерти Застрахованного лица и/или обстоятельства ее наступления;
 - в) если Выгодоприобретатель не назначен – документы, удостоверяющие право наследников на получение страховой выплаты (свидетельство о праве на наследство или справка нотариуса о круге всех наследников);
 - г) Распоряжение Застрахованного лица о том, кого он назначил для получения страховой выплаты в случае своей смерти, если оно было составлено отдельно от договора страхования;
- 1.3.3. в случае временной утраты трудоспособности / временного расстройства здоровья (дополнительно к документам, указанным в п. 1.3.1 настоящего Раздела):
- а) документы из медицинского учреждения, подтверждающие факт обращения за медицинской помощью в результате заболевания, установленный диагноз, продолжительность лечения;
 - б) по требованию Страховщика: выписку из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного (истории болезни), а также данные соответствующих лабораторных и инструментальных методов исследования, подтверждающие установленный диагноз;
- 1.3.4. в случае установления инвалидности (дополнительно к документам, указанным в п. 1.3.1 настоящего Раздела):
- а) Справку (заключение) соответствующего учреждения, определенного действующим законодательством, об установлении инвалидности.
- 1.4. Страховая выплата осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения последнего из надлежаще оформленных документов, указанных в п.1.3 настоящего Раздела.
2. По п. 2 Раздела I:
- 2.1. 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 или иной организацией.
- 2.2. Для организации Страховщиком санаторно-курортных и реабилитационно-восстановительных услуг в связи с событием, указанным в п. 2 Раздела 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).
- 2.3. 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.
- 2.4. 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:
- 2.4.1. заявления на страховую выплату;
 - 2.4.2. документа, удостоверяющего личность (свидетельство о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица в возрасте до 14 лет);
 - 2.4.3. оригиналов (надлежащим образом заверенные копии) документов из медицинской организации (оформленных в соответствии с законодательством), куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг с обоснованием лечащего врача;
 - 2.4.4. о наличии медицинских показаний для применения изделий медицинского назначения, а также документов, подтверждающих их использование;
 - 2.4.5. о наличии медицинских показаний для применения лекарственных средств (рецепты лечащего врача), которым были назначены лекарственные средства.
 - 2.4.6. товарную накладную с указанием наименования, количества, стоимости изделий медицинского назначения и/или лекарственных средств;
 - 2.4.7. оригиналов документов, подтверждающих оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, стоимости изделий медицинского назначения и/или лекарственных средств:
 - 2.4.7.1. чека контрольно-кассового аппарата об оплате медицинских услуг/приобретении лекарственных средств/изделий медицинского назначения;
 - 2.4.7.2. 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);
 - 2.4.7.3. 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;
 - 2.4.7.4. лицензии медицинской организации;
 - 2.4.7.5. договора с медицинской организацией.
- 2.5. Страховая выплата по п. 2 настоящего Раздела осуществляется в течение 30 рабочих дней с даты получения последнего из документов, указанных в п. 2 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 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	
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.	
1. 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; 2. 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.	