

КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ

об условиях договора добровольного страхования
к СТРАХОВОМУ ПОЛИСУ

добровольного медицинского страхования

(страховой продукт «Антиклещ 2.0»)



подготовлен на основании **Правил добровольного медицинского страхования от 28.05.2012** в редакции от **11.06.2020** (далее – Правила 1) и **Правил комплексного страхования от несчастных случаев, болезней и медицинских расходов от 15.05.2023г.** (далее – Правила 2)

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «ПСБ Страхование» (ООО «ПСБ Страхование»)

Адрес для направления юридически значимых сообщений: ул. Садовническая, д.71 стр.3, Москва, 115035

e-mail: info@psbins.ru, www.psbins.ru

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

В части добровольного медицинского страхования застрахован риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия Полиса в медицинские и иные организации, из числа предусмотренных в Полисе (Программе страхования) за получением медицинской и иной помощи при укусе клеща.

Состав Программы страхования (зависит от выбранного варианта страхования):

- ✓ Амбулаторно-поликлиническая помощь
- ✓ Исследование клеща
- ✓ Профилактика иммуноглобулином
- ✓ Скорая и неотложная медицинская помощь
- ✓ Стационарная помощь
- ✓ Реабилитационно-восстановительное лечение
- ✓ Лекарственная помощь (*только для варианта «Премиум»*)

В части страхования от несчастных случаев и болезней застрахованы риски (*только для варианта «Премиум»*)

- ✓ Смерть в результате несчастного случая или болезни, наступившая в результате клещевого энцефалита, болезни Лайма или укусов ядовитых змей или насекомых;
- ✓ Телесные повреждения (травма) Застрахованного лица в результате укуса клеща, повлекшего заболевание клещевым энцефалитом (единовременная выплата в размере 100 000 руб.) и в результате укуса змей, ядовитых насекомых (кроме клеща) (при условии стационарного лечения Застрахованного лица вследствие таких укусов в течение 11 и более дней выплата составляет 15 000 руб.).

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Не принимаются на страхование и не являются Застрахованными лица:

- ✓ состоящие на учете в онкологических, наркологических, психоневрологических, туберкулезных диспансерах;
- ✓ ВИЧ-инфицированные;
- ✓ лица, имеющие злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови.

В части ДМС не подлежат оплате:

- ✓ услуги не предусмотренные договором страхования, не назначенные врачом или выполняемые по желанию Застрахованного лица;

- ✓ услуги по лечению заболеваний, не являющиеся следствием прикрепления (присасывания) клеща, в т.ч. лечения сопутствующих заболеваний и любых иных заболеваний, выявленных в процессе оказания Застрахованному лицу медицинской помощи и в течение срока действия договора по программе добровольного медицинского страхования;
 - ✓ услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях;
 - ✓ расходы на лекарственные препараты (кроме случаев, предусмотренных Программой ДМС).
- Полный перечень исключений из страхования указан в пп. 4.5 и Разделе 11 Правил 1.
- В части НС и Б** не признаются страховыми случаями события, указанные в пп. 4.13, 4.15-4.17 Правил 2, а также события, произошедшие в результате болезни, не соответствующей указанной в настоящем Полисе.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует на территории Российской Федерации

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

В части добровольного медицинского страхования Страховщик осуществляет оплату организации и предоставления медицинской помощи (медицинских услуг), предусмотренных Программой страхования.

В части страхования от НС и Б Заявление о предоставлении страховой выплаты (страхового возмещения) подается в течение 31-го календарного дня после того, как стало известно о наступлении страхового случая.

Для получения страховой выплаты должны быть представлены:

- ✓ письменное заявление о страховом случае с подробным описанием и указанием всех известных Страхователю обстоятельств произошедшего события; экземпляр договора страхования (страхового полиса/ сертификата), а также документы, подтверждающие оплату страховой премии;
- ✓ документы, идентифицирующие физическое лицо в качестве Застрахованного лица, а именно: паспорт / иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- ✓ документы компетентных органов, подтверждающие факт, причины и обстоятельства произошедшего события;
- ✓ выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования заболеваниях, если договор страхования, предусматривает страховые случаи в результате несчастных случаев и/или болезней.

В случае смерти Застрахованного предоставляются:

- свидетельство ЗАГС о смерти Застрахованного или его нотариально заверенную копию;
- подробное медицинское заключение о причине смерти / выписку из истории болезни с посмертным диагнозом / выписка из амбулаторной карты;
- решение суда об объявлении Застрахованного умершим (в предусмотренных законом случаях);
- протокол патологоанатомического вскрытия (при условии, что оно проводилось) или судебно-медицинского исследования (если вскрытие не производилось – заявление родственников об отказе от вскрытия и справку из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти).

В случае госпитализации, причинения телесных повреждений:

- официальные заключения медицинских учреждений, медицинских экспертных комиссий, описывающие вид и степень всех повреждений, подтверждающие факт несчастного случая или болезни с указанием точного диагноза, сроков и характера лечения, проведенных исследований;
- выписки из истории болезни, амбулаторной карты, эпикриз, листок нетрудоспособности и/или справку из травмпункта.

Полный перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты указан в Разделе 8 Правил 2.

Страховая выплата (страховое возмещение) осуществляется в течение 20 дней со дня представления указанных документов.

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; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3**).

Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.