


<p align="center">Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного медицинского страхования <u>«АНТИКЛЕЩ»</u></p>	
<p align="center">подготовлен на основании <u>Правил медицинского страхования граждан АО СК «Двадцать первый век», утвержденных приказом генерального директора №3С-23 от 16 января 2023г., далее по тексту - Правила</u></p>	
<p align="center">Страховщик: АО СК «Двадцать первый век», 190000, г. Санкт-Петербург, Литейный проспект, д. 57А, лит.А</p>	

<p align="center">Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?</p>
<p>Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора и в период страхования в медицинское учреждение, сервисную компанию и (или) иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и (или) иными услугами, предусмотренными Программой добровольного медицинского страхования «АНТИКЛЕЩ», далее по тексту – Программа страхования, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, в результате укуса (присасывания) клеща.</p> <p>Состав Программы страхования:</p> <p>Амбулаторно-поликлиническая помощь - в объеме медицинских и иных услуг, предусмотренном п.3.1. Программы страхования;</p> <p>Стационарная помощь – в объеме медицинских и иных услуг, предусмотренном п.3.2. Программы страхования;</p> <p>Реабилитационно-восстановительное лечение – в объеме медицинских и иных услуг, предусмотренном п.3.3. Программы страхования.</p>

<p align="center">Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?</p>
<p>Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица к Страховщику, в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным противоправных действий, что должно быть подтверждено решением компетентных органов; 2. в связи с причинением Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решением компетентных органов; 3. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно установлены уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры; 4. для получения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями; 5. для получения лазерной или контактной коррекции зрения, кроме случаев нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если Договором страхования не предусмотрено иное; 6. по поводу алкоголизма, токсикомании, наркомании; 7. по поводу лечения венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии; 8. по поводу онкологических заболеваний в любой их стадии; 9. по поводу психических заболеваний независимо от сроков выявления; 10. по поводу вреда, причиненного жизни и здоровью Застрахованного (включая травмы и их последствия) при его нахождении в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения/отравления и (или) по поводу заболеваний, вызванных употреблением Застрахованным алкогольных, токсических/наркотических веществ и/или их прекурсоров, аналогов, либо препаратов, содержащих данные вещества. 11. за получением медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования и/или Договором страхования; 12. по поводу вреда, причиненного жизни или здоровью Застрахованного в результате стихийных бедствий и террористических актов, что должно быть подтверждено документами компетентных органов;

13. в других случаях, не предусмотренных разделом 5 Программы страхования.
14. Не являются страховыми случаями и не оплачиваются расходы, понесенные Страхователем или иными лицами, связанные с организацией похорон и погребением Застрахованного лица.
15. Не являются страховым случаем и не оплачиваются расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора страхования, и понесенные до момента устранения угрозы жизни Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.
16. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если предусмотренный условиями Договора страхования, страховой случай наступил в результате:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Российская Федерация

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также приобретения лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)¹ организацию по их счетам.

В исключительных случаях, при невозможности организации медицинских услуг, при условии предварительного согласования со Страховщиком, Застрахованный вправе получить медицинские услуги, предусмотренные в разделе «Амбулаторно-поликлиническая помощь» Программы страхования в другом медицинском учреждении или аптечной организации РФ, с последующим возмещением ему стоимости медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования. При этом указанные расходы должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании предоставленных документов, перечисленных в пп. 9.11. Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты. В этом случае Застрахованный должен в течение 30 дней² с момента получения медицинских услуг и/или покупки лекарственного средства, обратиться с письменным заявлением к Страховщику, в том числе обращение может быть осуществлено посредством направления заказного письма с уведомлением по адресу: 190000, Санкт-Петербург, Литейный пр., д.57а, лит. А с приложением документов, указанных в пп.4.8. Программы страхования.

Объем медицинских и иных услуг, предоставляемый Застрахованному, указан в Разделе 3 программы страхования.

Застрахованное лицо при обращении в медицинское и/или иное учреждение обязано предъявить Договор страхования (страховой полис), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность.

Для получения амбулаторно-поликлинической помощи по Программе страхования, Застрахованный в течение 72 часов, с момента укуса клещом, должен обратиться в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования, либо определенное специалистами круглосуточного Контакт-Центра по телефону, указанному в Договоре страхования.

Медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования, оказываются в режиме работы медицинского учреждения.

Обязательным условием направления Застрахованного лица для оказания ему реабилитационно-восстановительного лечения, является наличие у него:

- медицинской справки из медицинской организации с направлением на реабилитационно-восстановительное лечение;
- документа, удостоверяющего личность (паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении для ребенка).

При необходимости получения скорой медицинской помощи или экстренной госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в местную бесплатную службу скорой и неотложной помощи «03» (112).

¹ Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения, как в розницу, так и оптом.

² Дата подачи заявления на возмещение определяется датой получения страховщиком или датой, проставленной на конверте почтовым штемпелем при приеме корреспонденции в почтовом отделении или датой оформления почтовой квитанции (чека) об оплате отправки заказного письма с уведомлением.

Страховая выплата (страховое возмещение), осуществляемая путем возмещения расходов, фактически понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком производится в течение 10 рабочих дней со дня представления документов указанных в пп.9.11 Правил.

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 № 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
2. 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
3. После вступления Договора в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай (п.1 ст.958 ГК РФ)	оплаченная страховая премия пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования за вычетом расходов страховщика на ведение дела в размере 65 % от оплаченной премии

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения соответствующего заявления.

Возврат страховой премии в случае отказа от договора добровольного страхования при ненадлежащем информировании об условиях страхования 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 (пятьсот тысяч) 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.