

**КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ДОКУМЕНТ
об условиях договора добровольного страхования
(МЕДЭКСПЕРТ)**



подготовлен на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан №9 ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (далее – Страховщик), в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее – Правила страхования).

Страховщик: ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни», 115035, Российская Федерация, г. Москва, Кадашёвская набережная, д.30

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховой риск: Амбулаторная медицинская помощь (Второе экспертное медицинское мнение)

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в период действия Договора страхования (не более 1 раза), к врачу-специалисту, назначенному по выбору Страховщика, который не является основным лечащим врачом данного Застрахованного лица по имеющейся патологии, за медицинскими и (или) иными услугами по получению второго экспертного медицинского мнения по поводу расстройства здоровья, в связи с которым вынесено первое медицинское мнение, в одной из следующих областей медицины: **кардиология, онкология, неврология, нефрология, ортопедия**, за исключением событий, указанных в разделе «События, не являющиеся страховыми случаями» (далее «Второе экспертное медицинское мнение»). При этом каждое обращение Застрахованного лица за получением второго экспертного медицинского мнения является отдельным страховым случаем.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг в следующих случаях:

- Если Застрахованное лицо обратилось для организации услуг, предусмотренных Программой страхования и Договором страхования, до вступления в силу Договора страхования или после окончания срока действия Договора страхования.
 - Если Застрахованное лицо обратилось для организации услуг более 1 раза в период действия Договора страхования.
 - Если Застрахованное лицо обратилось для получения услуг к врачу-специалисту не по выбору Страховщика.
 - Если Застрахованное лицо обратилось для организации услуг, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования, в том числе:
 - медицинских услуг, не связанных с заболеваниями в областях: кардиология, онкология, неврология, нефрология, ортопедия;
 - медицинских услуг за пределами территории оказания услуг, указанной в Договоре
- Полный перечень Исключений указан в Программе страхования.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Страхование действует вне территории РФ

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Страховая выплата осуществляется в медицинское учреждение, оказывающее медицинские услуги по направлению Страховщика. Выплата в медицинское учреждение производится на основании выставленного счета, и не может превысить страховую сумму, указанную в Договоре.

Порядок обращения для получения услуг: Застрахованный, обращается в круглосуточный Медицинский контакт-центр Страховщика по номеру 8 (800) 700-24-34 (звонок бесплатный). Страховщик проводит первичное консультирование Застрахованного лица о том, какую медицинскую информацию он должен представить для получения Услуг. Застрахованный заполняет Заявление установленной на получение Услуг и направляет его оригинал и медицинские документы.

Документы, предоставляемые Застрахованным лицом или его законным представителем, для получения Услуг: - Копия паспорта. - Скан-копия заключения лечащего врача о диагностировании заболевания. - Скан-копия медицинских документов, включая результаты анализов, проведенных радиологических и ультразвуковых исследований, диски МРТ, КТ, ПЭТ-КТ и других исследований, которые проводились в этой связи. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы, которые требуются в рассматриваемом случае. Полный перечень документов, предоставляемых Страховщику и разъяснения по порядку их предоставления указаны в разделе 9.1, 9.2, 9.7. Правил страхования.

Сроки предоставления Услуг:

- не превышают 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом или его законным представителем всей необходимой медицинской информации, предусмотренной настоящей Программой страхования.
- не превышают 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом или его законным представителем необходимой медицинской информации, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов и/или проведения дополнительных консультаций, обследований для предоставления услуг, предусмотренных Программой.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии	Сумма к возврату
Отказ от договора страхования в течение 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая (в соответствии с Указанием 3854-У от 20.11.2015г ЦБ РФ).	100% страховой премии
Отказ от договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования.	100% 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.
 Если Страховщик не удовлетворил заявление (претензию), 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.