

Страхование от инфекционных заболеваний, вызванных укусами клеща

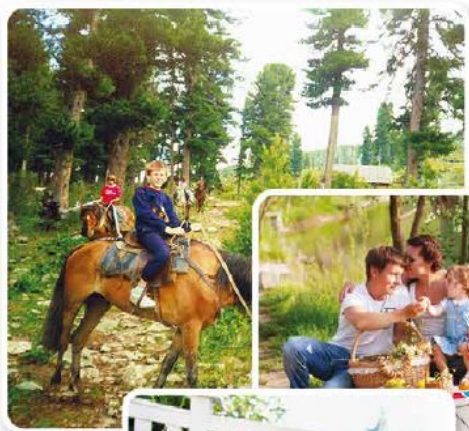
sochi.ru
2014

ПАРТНЕР
ОФИЦИАЛЬНЫЙ
СТРАХОВЩИК

На природе
под защитой!

«АНТИ-КЛЕЩ»

Страхование от инфекционных заболеваний, вызываемых укусами иксодового клеща (индивидуальное/семейное)



NEW

Апрель

2014
ИНГОССТРАХ ЖИЗНЬ
Ingosstrakh Life

Страхование от инфекционных заболеваний, вызванных укусами иксодового клеща

- Популярный и востребованный вид страхования в России
- Страховое покрытие клещевого энцефалита, Лайм-боррелиоза и других клещевых инфекций
- Гарантирует финансовую защиту при наступлении страхового случая
- Индивидуальное и семейное страхование
- Для детей и взрослых
- Выбор вариантов страхового покрытия
- Оптимальный набор рисков

ПАРАМЕТРЫ ПРОГРАММЫ

- Срок страхования:
 - от 1 до 6 месяцев
 - только целое число месяцев
- Время действия страхования - 24 часа в сутки
- Территория страхования – весь мир
- Минимальный страховой взнос 80 руб.

РИСК И

Смерть	Смерть в результате инфекционного заболевания, вызванного укусами иксодового клеща (энцефалит, Лайм-боррелиоз, и другие согласно Правилам)
Инвалидность	Постоянная полная или частичная утрата трудоспособности (инвалидность 1,2,3 группы) в результате инфекционного заболевания, вызванного укусами иксодового клеща
Лечение	Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение (оплата с 1-го дня при продолжительности лечения 7 дней и более, но не больше, чем за 100 дней по одному страховому случаю) в результате инфекционного заболевания, вызванного укусом иксодового клеща
Укус	Укус / присасывание инфицированного клеща

Страхователь и застрахованные

- Страхователь (физ.лицо) – не обязательно входит в число застрахованных
- Количество Застрахованных – от 1 до 5 человек
- В рамках одного полиса могут быть застрахованы только супруги, состоящие в официальном браке и их дети в возрасте до 17 лет на дату страхования
- Возраст Застрахованных от 1 до 75 лет
- Страховой взнос по полису не менее 80 руб.

ПЛАНЫ СТРАХОВАНИЯ

Риски	План 1	План 2	План 3	План 4
Смерть	50 000	100 000	200 000	300 000
Инвалидность	50 000	100 000	200 000	300 000
Лечение	50 000	100 000	200 000	300 000
Укус	2 500	5 000	10 000	15 000

Страховой взнос за 1 месяц

За 1 застрахованного	20	40	80	120
За 2 застрахованных	40	80	150	240
За 3 застрахованных	60	110	220	360
За 4 застрахованных	70	140	280	420
За 5 застрахованных	80	170	340	510

Страховой взнос за 6 месяцев

За 1 застрахованного	110	220	440	660
За 2 застрахованных	210	410	820	1 230
За 3 застрахованных	290	570	1140	1 710
За 4 застрахованных	350	700	1410	2 130
За 5 застрахованных	400	810	1610	2 430

ВЫПЛАТ

Риски	Страховые выплаты
Смерть	100 % страховой суммы
Инвалидность	I группа – 100 % страховой суммы II группы – 75 % страховой суммы III группы – 50 % страховой суммы
Лечение	Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение – 0.3% за каждый день (с 1-го дня при лечении от 7 дней и более, но не больше, чем за 100 дней по одному страховому случаю)
Укус	Фиксированная сумма, указанная в полисе

- В случае последовательного наступления страховых рисков «Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение» - «Инвалидность» – «Смерть», каждая последующая выплата уменьшается на сумму ранее произведенных выплат

- Страховая выплата по риску «Укус/присасывание инфицированного клеща» осуществляется независимо от других выплат

ДЕКЛАРАЦИЯ

СТРАХОВАТЕЛЯ/ЗАСТРАХОВАННОГО

Я, Страхователь, настоящим подтверждаю, что Застрахованный (ые):

1. Ранее и в настоящее время НЕ имел группы инвалидности, врожденных аномалий, НЕ является носителем ВИЧ, больным СПИДом, Гепатитом С; НЕ консультировался, НЕ лечился и НЕ находился под арестом в связи с употреблением наркотиков, НЕ страдает психическими заболеваниями (слабоумие и др.) и тяжелыми расстройствами нервной системы (паралич, эпилепсия и др.), сахарным диабетом III степени (тяжелая форма), гемофилией, хроническими заболеваниями сердечнососудистой системы (например, гипертоническая болезнь III степени, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт, инсульт и т.п.), злокачественными образованиями, тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата (потеря конечности или ее части и заболевания конечностей или позвоночника) и тяжелыми нарушениями зрения (например, миопия свыше 8 диоптрий, катаракта, глаукома, отслойка сетчатки), слуха (снижение слуха на одно или на оба уха (шепотная речь на расстоянии от 1 до 3 м));
2. В настоящее время НЕ проходит службу в вооруженных силах;
3. НЕ находится в изоляторе временного содержания или других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений.

ВЫПУСК И ДЕЙСТВИЕ ПОЛИСА

- Договор заключается на основании устного заявления Страхователя
- Полис выпускается «на месте» по декларации
- Размер страхового взноса по договору определяется в зависимости от количества застрахованных, размера страховых сумм и срока страхования
- При реализации полиса через **канал фронтальных продаж полис печатается из АИС** на бланках ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь»
- При реализации полиса через **прочие каналы продаж (или при отсутствии возможности распечатать полис из АИС)** – заполняется Заявление - Полис на самокопирующемся бланке
- При досрочном расторжении производится возврат неиспользованной части премии за вычетом расходов СК

ЗАЯВЛЕНИЕ-ПОЛИС

ООО «Сбербанк Жизнь» (ИНН 770201636, КПП 770001001)
 ОАО «Сбербанк России» (ИНН 470101001, ОГРН 1044700000000) в Московском Банке «Сбербанк России» (ОАО), Москва,
 ИНН (Банк) 770203690, КПП (Банк) 770001001,
 Корр-сч 3010181000000000225 «ОТКР» Московская ПТТ Банк России,
 БИК/ОАО52525, ОГРН 1027700132195



ЗАЯВЛЕНИЕ-ПОЛИС «АНТИКЛЕЩ» АК № _____ СТРАХОВАНИЕ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УКУСАМИ ИКСОДОВОГО КЛЕЩА

Код агента

ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» настоящим Полисом подтверждает заключение Договора страхования, объектом которого являются имущественные интересы, связанные с причинением вреда здоровью Застрахованных, а также их смертью в результате болезни. Договор страхования заключен в соответствии с Правилами страхования от инфекционных заболеваний ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь» (далее Правила), действующими на дату заключения Договора.

Страховщик
 Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-Жизнь». Лицензия ФССР С № 3823 77 на осуществление страхования от 29.08.2013 г.
 Адрес: Россия, 125 171, г. Москва, Ленинградское шоссе, д. 16, стр. 9. Телефон: +7 (495) 921-32-23. Сайт: www.lifeingos.ru

Страхователь

Фамилия Имя Отчество

Пол М Ж Дата рождения Паспортные данные: Серия Номер Выдан

Кем

Адрес для корреспонденции
 Индекс Страна Город Электронная почта
 Улица Дом Корпус Квартира Мобильный телефон Домашний телефон

Застрахованные

№	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Пол	Родственная связь с Застрахованным 1
1.		д. д. м. м. г. г. г. г.		
2.		д. д. м. м. г. г. г. г.		
3.		д. д. м. м. г. г. г. г.		
4.		д. д. м. м. г. г. г. г.		
5.		д. д. м. м. г. г. г. г.		

Выгодоприобретатели
 Выгодоприобретателем по Договору является Застрахованный. Выгодоприобретателем по риску «Смерть» Застрахованного является наследник Застрахованного, устанавливаемый в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Условия страхования

Страховые риски

Смерть Застрахованного, наступившая в результате инфекционного заболевания, вызванного укусами клеща

Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) II и III группы, установление категории «ребенок-инвалид» Застрахованного, установленная в результате инфекционного заболевания, вызванного укусами клеща

Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение Застрахованного (при продолжительности лечения 7 дней и выше) по поводу инфекционного заболевания, вызванного укусами клеща

Присоединение или укусы клеща с угрозой заражения Застрахованного одной/несколькими клещевыми инфекциями

Страховая сумма
 руб.

Минимальный страховой взнос по Договору – 80 рублей.
 Валюта договора – рубль РФ.
Порядок уплаты страхового взноса – единовременно, до начала срока страхования.
 При неуплате страхового взноса в срок, установленный в Договоре, Договор считается не вступившим в силу.

Особые условия
 Страховые суммы устанавливаются на каждого Застрахованного.
 Ответственность Страховщика по риску «Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение Застрахованного (при продолжительности лечения 7 дней и выше) в результате инфекционного заболевания, вызванного укусами иксодового клеща» наступает при общей продолжительности лечения 7 дней и выше.

Действие страхования

Срок страхования (отметьте нужный вариант):
 6 (шесть) месяцев 5 (пять) месяцев 4 (четыре) месяца 3 (три) месяца 2 (два) месяца 1 (один) месяц

С 00:00 часов по 24:00 часа

Время действия: 24 часа в сутки.
 Территория действия: весь мир.
Порядок прекращения Договора: в соответствии с условиями раздела 11 Правил.

Страховые выплаты
Размер страховых выплат: в соответствии со п. 9.2, п. 9.3 Вариант А, п. 9.6, п. 9.8 Правил.
Порядок осуществления страховых выплат: в соответствии с условиями раздела 10 Правил.

Подписи сторон

Страховщик: Представитель Страховщика:
 Дата заключения Договора Город

ЗАЯВЛЕНИЕ-ПОЛИС «АНТИКЛЕЩ» СТРАХОВАНИЕ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УКУСАМИ ИКСОДОВОГО КЛЕЩА



Декларация Страхователя

Я являюсь Страхователем по Договору, подтверждаю, что тариф, примененный по расчету программы страхования, предусмотренной настоящим Договором, соответствует следующей таблице:

Страховые риски	Страховые суммы (руб.)			
	План 1	План 2	План 3	План 4
Смерть	50 000	100 000	200 000	300 000
Инвалидность	50 000	100 000	200 000	300 000
Лечение	50 000	100 000	200 000	300 000
Укус/ присоединение инфицированного клеща	2 500	5 000	10 000	15 000
Страховой взнос за 1 месяц (руб.)				
За 1 Застрахованного	20	40	80	120
За 2 Застрахованных	40	80	150	240
За 3 Застрахованных	60	110	220	360
За 4 Застрахованных	70	140	280	420
За 5 Застрахованных	80	170	340	510
Страховой взнос за 6 месяцев (руб.)				
За 1 Застрахованного	110	220	440	660
За 2 Застрахованных	210	410	820	1230
За 3 Застрахованных	290	570	1140	1710
За 4 Застрахованных	350	700	1410	2130
За 5 Застрахованных	400	810	1610	2430

Итоговый страховой взнос при страховании на срок 1, 2, 3, 4, 5 месяцев равен страховому взносу за один месяц (за выбранное количество Застрахованных), умноженному на количество месяцев страхования. Итоговый страховой взнос при страховании на срок 6 месяцев (за выбранное количество Застрахованных) равен значениям, приведенным в таблице.

Я, являясь Страхователем / Застрахованным по Договору, подтверждаю, что Застрахованные:

1. Ранее и в настоящее время НЕ имели группы инвалидности, врожденных аномалий, НЕ являются носителями ВИЧ, болезнями СПИДом, гепатитом С; НЕ консультировались, НЕ лечились и НЕ находились под арестом в связи с употреблением наркотиков; НЕ страдают психическими заболеваниями (слабоумие и др.) и тяжелыми расстройствами нервной системы (паралич, эпилепсия и др.), сахарным диабетом III степени (тяжелая форма), гемофилией, хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (например, гипертоническая болезнь III степени, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт, инсульт и т.п.), злокачественными образованиями, тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата (потеря конечности или ее части и заболевания конечностей или позвоночника) и тяжелыми нарушениями зрения (например, миопия свыше 8 диоптрий, катаракта, глаукома, отслойка сетчатки), слуха (снижение слуха на одно или на оба уха (шепелная речь на расстоянии от 1 до 3 м));
2. В настоящее время НЕ проходят службу в вооруженных силах;
3. НЕ находятся в изоляторе временного содержания или других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления.

Я подтверждаю достоверность представленных сведений и информирован о том, что предоставление мной неполной и/или ложных сведений, равно, как и отказ в предоставлении информации, является умисленным предоставлением заведомо ложной информации, что может повлечь за собой признание Договора страхования недействительным, при этом Страховщик освобождается от обязательств по данному полису и все произошедшие события будут являться нестраховыми.

Я заявляю, что я получил полную информацию об условиях страховой программы, предусмотренной настоящим Договором. Действую от своего имени и в своем интересе как Страхователь, подтверждаю, что надлежащим образом ознакомлен и согласен с текстом и условиями Правил, в подтверждение чего заключаю настоящий договор, текст Правил страхования получил. В соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ предоставляю свое согласие на обработку персональных данных, включая все операции с персональными данными предусмотренные п. 3 ст. 3 закона на срок действия Договора страхования и в течение 20 (двадцати) лет с даты его прекращения. Разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории болезни или истории болезни Застрахованных, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости страховой компании ООО «СК «Ингосстрах-Жизнь».

Провел проверку достоверности указанных сведений. Декларация Правил страхования принята Страхователь Итого

Подписи сторон

Страхователь: Представитель Страхователя:
 Дата заключения Договора Город

ПРЕИМУЩЕСТВА

- Востребованный страховой продукт с широким набором рисков
- Выбор страхового покрытия и доступная цена
- Возможность семейного страхования
- Только в Ингосстрахе: выплата производится за сам факт укуса или присасывания клеща (предоставлять чеки на оплату медицинских услуг не требуется)
- Программа для тех, кто хотя бы иногда бывает на свежем воздухе – полис для каждого