

Страхование от инфекционных заболеваний, вызванных укусами клеща

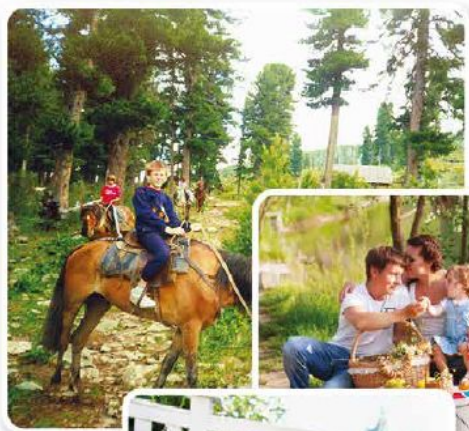
sochi.ru  
2014

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<br>II группы – 75 % страховой суммы<br>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 «Сфера» ИНН 770201626, КПП 77001001  
 ОАО «Сфера» Россия, Р/ч 4070193015000008 в Московском Банке Сбербанка России ОАО, Москва,  
 ИНН Банка 770208369, КПП Банка 77001001,  
 Корр-сч 3010810002000225407877 Московский ПУ Банка России,  
 БИК04458225, ОГРН 1027700132195



## ЗАЯВЛЕНИЕ-ПОЛИС «АНТИКЛЕШЪ» АК № \_\_\_\_\_ Код агента \_\_\_\_\_ СТРАХОВАНИЕ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УКУСАМИ ИКСОВОДОГО КЛЕЩА

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 «Сфера» 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.lifefingos.ru](http://www.lifefingos.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 укусом клеща
  - Постоянная полная (или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность) II и III группы, установление категории «ребенок-инвалид» Застрахованного, установленная в результате инфекционного заболевания, вызванного укусом клеща
  - Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение Застрахованного (при продолжительности лечения 7 дней и выше) по поводу инфекционного заболевания, вызванного укусом клеща
  - Присоединение или укусы клеща с угрозы заражения Застрахованного одной/несколькими клещевыми инфекциями
- Страховая сумма**
- руб.
- руб.
- руб.
- руб.

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

**Итого страховой взнос:** \_\_\_\_\_ руб.

**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 укусом иксодового клеща» наступит 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

Стороны: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Дата заключения Договора \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ-ПОЛИС «АНТИКЛЕШЪ» СТРАХОВАНИЕ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УКУСАМИ ИКСОВОДОГО 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 / присасывание 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:

- 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 (шелепная речь на расстоянии от 1 до 3 м));
- В настоящее время НЕ проходят службу в вооруженных силах;
- 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 умышленным 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».

Прочитав и ознакомившись с текстом и условиями, Декларировав Правила страхования, подтверждаю \_\_\_\_\_ Страхователь \_\_\_\_\_

### Подписи сторон

Стороны: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

Дата заключения Договора \_\_\_\_\_

# 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