

Страхование от инфекционных заболеваний, вызванных укусами клеща

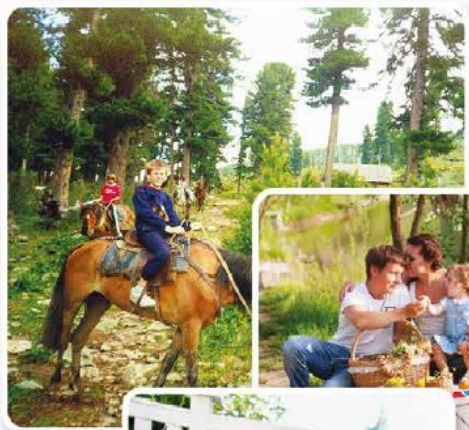
sochi.ru
2014

ПАРТНЕР
ОФИЦИАЛЬНЫЙ
СТРАХОВЩИК

На природе
под защитой!

«АНТИ-КЛЕЩ»

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



Апрель

2014

ИНГОССТРАХ ЖИЗНЬ
Ingostrakh 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

ООО «Строительная компания «Вилла» (ИНН 7702650162, КПП 770001001)
 ОАО «Сбербанк России» (Уставный капитал 100 000 000 руб.) в Московском банке Сбербанка России (О/о г. Москва,
 ИНН/БИН) 7707083993, КПП/БИК) 770001001,
 Корр. счет 30101810400000000225 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России,
 К/сч. 044525225, ОГРН 1027700132195.

ИНГОССТРАХ ЖИЗНЬ
Ingostrakh Life

Код агента									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Страхователь									
Фамилия				Имя			Отчество		
Пол		Дата рождения		Пасторские данные					
☐ М	☐ Ж			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.					
2.		д.	д.	м.	м.	г.	г.	г.					
3.		д.	д.	м.	м.	г.	г.	г.					
4.		д.	д.	м.	м.	г.	г.	г.					
5.		д.	д.	м.	м.	г.	г.	г.					

Выгодоприобретатели

Выгодоприобретателем по Договору является Застрахованный. Выгодоприобретателем по риску «Смерть» Застрахованного являются наследники Застрахованного, устанавливаемые в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Условия страхования		Страховая сумма
Страховые риски		
☒ Смерть Застрахованного, наступившая в результате инфекционного заболевания, вызванного укусом клеща		_____ руб.
☒ Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (инвалидность), II и III группы, установление категории «ребенок-инвалид» Застрахованного, установленная в результате инфекционного заболевания, вызванного укусом клеща		_____ руб.
☒ Непрерывное стационарное и/или амбулаторное лечение Застрахованного (при продолжительности лечения 7 дней и выше) по поводу инфекционного заболевания, вызванного укусом клеща		_____ руб.
☒ Присоединение или укус клеща с угрозой заражения Застрахованного одной/несколькими клещевыми инфекциями		_____ руб.

Минимальный страховой взнос по Договору – 80 рублей.
 Валюта договора – рубли РФ.
ИТОГО СТРАХОВОЙ ВЗНОС: руб.
 Порядок уплаты страхового взноса – единовременно, до даты 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 вирусом иммунодефицита человека» наступает при общей продолжительности лечения 7 дней и выше.

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

Подписи сторон

Сторона _____ _____ И.О.Ф.И. Дата заключения Договора [][]/[][]/[][][][]	Представитель Стороны _____ _____ И.О.Ф.И. Доверенность № _____ от [][]/[][]/[][][][] МП Город _____
--	---

ИНГОССТРАХ ЖИЗНЬ
Ingosstrakh Life

Я, являясь 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 Страхованного	20	40	80	120
За 2 Страхованных	40	80	150	240
За 3 Страхованных	60	110	220	360
За 4 Страхованных	70	140	280	420
За 5 Страхованных	80	170	340	510
Страховой взнос за 6 месяцев (руб.)				
За 1 Страхованного	110	220	440	660
За 2 Страхованных	210	410	820	1230
За 3 Страхованных	290	570	1140	1710
За 4 Страхованных	350	700	1410	2130
За 5 Страхованных	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 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 СПИДа, 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 конечностей 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 ухо или слуха по среднему на расстоянии от 1 до 3 дБ);

2. В настоящее время НЕ находятся под арестом по уголовным делам;

3. НЕ находятся в изоляторе временного содержания или других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений.

Я подтверждаю достоверность представленных сведений и информирован о том, что предоставление мной неполных 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. Действие 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 после его прекращения.

Решение об участии в страховании принимаю самостоятельно, без какого-либо принуждения, имея полную информацию о застрахованном, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости страховой компании ООО «СГ Инвестстрах» желаю.

Правила страхования рисков наемных и повременных. Ежемесячно Правила страхования получала Страхователь _____

Подписи сторон

Приниматель Служения

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