

Данный полис является договором страхования и заключен на основании Условий комбинированного страхования от укуса клеща и его последствий (Приложение № 1)

СТРАХОВАТЕЛЬ	
Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Паспортные данные	
Адрес регистрации/пребывания	

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА:			
	Ф.И.О. Застрахованного	Дата рождения	Адрес:
1	Страхователь является Застрахованным по данному полису <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
2			
3			
4			
5			

	Программы страхования/ Страховые риски	Размер выплаты	Индивидуальная страховая сумма, руб	Индивидуальная страховая премия, руб.
<b>Раздел ДМС</b> - Добровольное медицинское страхование – п. 2.1 Условий страхования (на случай укуса клеща, и последствий такого укуса – заболевания энцефалитом, клещевым боррелиозом.	Амбулаторно-поликлиническая помощь, Стационарная помощь, Лекарственное обеспечение		150 000.00 (сто пятьдесят тысяч) рублей	
<b>Раздел НС</b> - Страхование от несчастных случаев (в результате заболевания энцефалитом, клещевым боррелиозом, вследствие укуса клеща) п. 2.2. Условий страхования	Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность) (для совершеннолетних застрахованных лиц) / установление категории «ребенок-инвалид» (для несовершеннолетних застрахованных лиц) I группа/ребенок-инвалид - 100 %, II группа - 50 %, от индивидуальной страховой суммы по разделу НС  Смерть (в случае смерти Застрахованного лица выгодо-приобретателями являются его наследники по закону)	100% от индивидуальной страховой суммы по разделу НС	350 000.00 (триста пятьдесят тысяч) рублей	
<b>Итого общая страховая премия (индивидуальная страховая премия*кол-во застрахованных лиц), руб.</b>				
<b>Период действия страховой защиты:</b>	<b>24 часа в сутки</b>	<b>Порядок уплаты страховой премии:</b>	<b>единовременно</b>	

**Срок действия полиса с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года**

Днем оплаты страховой премии считается дата оплаты в кассу Страховщика или зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, при оплате путем безналичного расчета. Полис вступает в силу на пятый день после даты выдачи полиса, при условии оплаты страховой премии в полном размере, но не ранее даты начала срока страхования. При неуплате Страхователем общей страховой премии в указанные размеры и сроки, настоящий Полис считается не вступившим в силу, и Страховщик не несет по нему никаких обязательств. Действие настоящего Полиса заканчивается в 24 часа дня, указанного как день окончания срока действия настоящего полиса.

**Медицинская помощь осуществляется в медицинских организациях согласно перечню:**

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД»	г. Челябинск, ул. Цвиллинга, 41, инфекц.кабинет пол-ки, тел. (351) 268-15-44, с 8-00 до 17-30 будни;
АО «Медицинский центр «ЧТПЗ»	ул. Доватора, 23, пр.покой, тел. (351) 268-35-65, пн.-пт.: с 18-00 до 08-00, выходные и праздничные дни - круглосуточно
Медицинская клиника «ЭФ ЭМ СИ»	г. Челябинск, ул. Новороссийская, 85, тел. (351) 240-03-03, пн.-сб.: с 8-00 до 20-00, вс.: с 8-00 до 16-00
ООО «ПМТ-ЛАБОРАТОРИЯ» (исследование клеща)	г. Челябинск, ул. Гагарина, 5а, тел. (351) 211-30-20, круглосуточно (травм пункт)
ООО «ИНВИТРО (исследование клеща)	сеть центров по: г. Челябинск (351) 245-7000; г. Копейск (35139) 3-73-52, пн.-пт.: с 7-00 до 19-00, сб., вс.: с 8-00 до 16-00
ООО «Наш Дом» (исследование клеща)	г.Чебаркуль, Ул.Ленина, 48-8 Тел.8 (908) 57-160-78
Чебаркульская Областная больница	г. Чебаркуль, ул. Крылова, 83, тел. +7 (35168) 2-18-28,
АНО «ГБ № 3»	г. Миасс, ул. Нахимова, 23, тел.: (3513) 24-17-22, 24-13-10, пн-пт 8.00-16.00 – отдел пл.услуг, круглосуточно – пр.покой
Центральная городская больница В. Уфалей	г. Верхний Уфалей, ул. Суворова, д.6, тел. тел:(35164) 3-34-71, пн-пт 8.00-18.00- пол-ка, круглосуточно – пр.покой
ГБУЗ «ГБ им.А.П.Силаева г.Кыштым»	г. Кыштым, ул. Освобождения Урала, 1, 35151) 4-70-03, пн-пт 8.00-18.00-пол-ка, круглосуточно – пр.покой
Центр иммунопрофилактики Новая больница	г. Екатеринбург, ул. Заводская, 29, тел.: (343) 355-56-57, 246-35-18(19), Круглосуточно
ГБУЗ «Богдановичская ЦРБ»	СО, г. Богданович, ул. Октябрьская, д. 87, тел. (34376) 42-100, пн-пт 8.00-16.00
ГБУЗ «ГБ № 2»	Г.Миасс, Ул.Ильменская, 81 Тел.(3513)057-41-21, 57-03-27
ГБУЗ «Районная больница г.Касли»	г.Касли, ул.Коммуны, 65 тел.(35149) 2-25-57
ООО «Жемчуг» (исследование клеща)	Г.Касли, ул.Революции, 19, пом.43
ГБУЗ «Городская больница г.Златоуст»	Г.Златоуст, ул.40-летия Победы, 7
ООО «АРРАУС» (исследование клеща)	Г. Златоуст, ул. Ленина, тел. (3513) 694087, пн.-пт. 7.00-19.00, сб., вс. 8.00-17.00,
ООО «Табиб»	Республика Башкортостан, Г.Учалы, ул.Ленина, 256, тел.8(34791) 6-05-95
ГБУЗ «Городская больница г.Карабаш»	Г.Карабаш, ул.Гагарина, 1а
ООО «Стрелец» (исследование клеща)	Г.Озерск, пр-т Победы, 18 тел. 8(35130) 7-17-91
ГБУЗ «Районная больница с.Аргаяш»	С.Аргаяш, ул.Ленина, 50а тел. 8 (35131) 2-12-35
ЧЗУ «Больница «РЖД-Медицина» г. Курган»	г.Курган, ул. Проходная, 6, тел. 8 (3522) 49-22-27

**Особые условия:** \_\_\_\_\_

<p><b>СТРАХОВАТЕЛЬ</b> С условиями страхования ознакомлен и согласен. Даю свое согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем Полисе, в соответствии с ФЗ «О персональных данных №152-ФЗ от 27.07.2006г.»</p> <p>Ф.И.О. _____</p> <p>Подпись _____</p>	<p><b>ОТ ИМЕНИ СТРАХОВЩИКА</b></p> <p>Ф.И.О. _____</p> <p>Подпись _____</p>
--	---

1. Настоящие Условия разработаны на основании и в соответствии с Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней, утвержденными приказом от 14.05.2019 № 140 и Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными приказом от 25.04.2019г. № 125. Положения настоящих Условий имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.
2. Страховым случаем может являться:
  - 2.1. **Раздел ДМС - Добровольное медицинское страхование** - обращение Застрахованного лица в течение срока действия настоящего Полиса в медицинскую и/или фармацевтическую организацию из числа предусмотренных настоящим Полисом за получением медицинской помощи или иных услуг в объеме, предусмотренном выбранной Программой страхования, в связи с укусом клеща, произошедшим в течение срока действия настоящего Полиса, и последствиями такого укуса – заболеванием клещевым энцефалитом, боррелиозом (болезнью Лайма).
  - 2.2. **Раздел НС - Страхование от несчастных случаев:**
    - 2.2.1. Первично установленная Застрахованному лицу в период действия настоящего Полиса или в течение 1 года с момента установления диагноза, постоянная утрата Застрахованным лицом трудоспособности (инвалидность I, II, группы) (для совершеннолетних застрахованных лиц) / установление категории «ребенок-инвалид» (для несовершеннолетних Застрахованных лиц) в результате заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), вследствие укуса клеща, произошедшего в период действия настоящего Полиса.
    - 2.2.2. Наступившая в период действия настоящего Полиса или в течение 1 года с момента установления диагноза, смерть Застрахованного лица в результате заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), вследствие укуса клеща, произошедшего в период действия настоящего Полиса.
3. **Программы страхования (объем предоставляемой медицинской помощи):**
  - 3.1. **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»:** 3.1.1. прием и первичные осмотр специалистом/врачом медицинской организации; 3.1.2. аспертическое удаление присосавшегося клеща в условиях медицинской организации; 3.1.3. **лабораторное исследование клеща**, на выявление возбудителей; 3.1.4. экстренная профилактическая иммунизация противоклещевым препаратами (иммуноглобулином, бациллинам, йодантипирином, рефероном и т.п.) по назначению врача в случае укуса клеща в срок не позже 72 часов после укуса при отсутствии возможности исследования клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита. Повторная экстренная иммунизация противоклещевым иммуноглобулином проводится в течение 72 часов после укуса, но не ранее чем через 4 недели после предыдущей иммунизации. 3.1.5. В случае положительного результата исследования клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита проводится профилактическая иммунизация противоклещевым иммуноглобулином в срок не позднее 72 часов после укуса, но не ранее чем через 4 недели после предыдущей иммунизации;
  - 3.2. **«Стационарная помощь»** Застрахованным лицам оказывается (**после получения направления (гарантийного письма) от Страховщика на данный вид лечения**) в случае тяжелого состояния при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом, болезнью Лайма (боррелиозом), при условии неэффективности проведенной медикаментозной профилактики указанных заболеваний: 3.2.1. диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые согласно медицинским стандартам в отделениях следующего профиля: терапевтическое, неврологическое, инфекционное; 3.2.2. пребывание в отделении интенсивной терапии/реанимации, реанимационные мероприятия по медицинским показаниям; 3.2.3. лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами; 3.2.4. консультации и другие профессиональные услуги врачей соответственно профилю отделения; 3.2.5. назначение и применение лекарственных препаратов; физиолечение (электро- и теплотечение, магнитотерапия) по назначению врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания (не более пяти сеансов одного вида лечения); 7) уход медицинского персонала, размещение, питание. Пребывание в двух-, трехместных палатах.
  - 3.3. **«Лекарственное обеспечение»:** В соответствии с данной программой Страховщик гарантирует оплату лекарственных препаратов для профилактики и лечения клещевого энцефалита, болезни Лайма (боррелиоза), приобретаемых в аптеке по рецепту врача, за исключением льготных рецептов.
4. **Не признаются в качестве страхового случая события, указанные в п. 2 и произошедшие в результате:**
  - 4.1. Умышленных действий Страхователя, Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя; 4.2. Событий, произошедших с Застрахованным лицом до вступления в силу настоящего Полиса или после окончания срока его действия. 4.3. Обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи и иных услуг, не связанных с укусом клеща, заболеванием / подозрением на заболевание клещевым энцефалитом или боррелиозом (болезнью Лайма). 4.4. Обращения Застрахованного лица по поводу заболевания / подозрения на заболевание клещевым энцефалитом и/или боррелиозом (болезнью Лайма) без предварительного обращения в медицинскую организацию по поводу укуса клеща;
  5. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по рискам, перечисленным в п. 2.2. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан любым доступным способом сообщить о случившемся Страховщику в течение 30 рабочих дней, или, если Застрахованное лицо, находилось на стационарном лечении, то в течение 30 рабочих дней, следующих за днем его выписки из стационара на работу, амбулаторное лечение или перевода на инвалидность.
- 5.1. Для получения страховой выплаты по рискам, перечисленным в п. 2.2. Страхователь (или Застрахованное лицо, или Выгодоприобретатель) должен обратиться к Страховщику с заявлением. При этом им должны быть представлены документы, удостоверяющие личность, страховой полис, а также:
  - 5.1.1. по временной утрате трудоспособности/временному нарушению состояния здоровья: документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и сроков лечения в соответствии с медицинской справкой – для неработающих Застрахованных лиц и детей; документы из лечебно-профилактического учреждения с указанием диагноза и сроков лечения в соответствии с листком нетрудоспособности – для работающих Застрахованных лиц. При этом диагноз, установленный Застрахованному лицу, должен быть подтвержден, в том числе и объективными данными инструментальных методов исследования.
  - 5.1.2. в связи с постоянной утратой трудоспособности / установлением категории "ребенок – инвалид"- справку МСЭК (либо нотариально заверенную копию), а также выписку из истории болезни из медицинского учреждения, направившего на медико-социальную экспертизу;
  - 5.1.3. в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретатель представляет: заявление, документы, удостоверяющие личность, свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного лица (либо нотариально заверенную копию), медицинское заключение о смерти Застрахованного лица, выданное компетентными органами, свидетельство о праве на наследство, выданное нотариальной конторой (либо его нотариально заверенную копию). При этом нотариально заверенные копии принимаются Страховщиком при предоставлении оригиналов документов на обзрение.
6. За получением и/или организацией медицинской помощи Застрахованное лицо самостоятельно обращается в медицинскую организацию, указанную в Полисе. Страховщик имеет право организовать оказание услуг, предусмотренных Программой, в иной медицинской организации по выбору Страховщика, в случае невозможности оперативного оказания этих услуг в медицинской организации, указанной в Полисе.
- 6.1. В экстренных случаях, при невозможности обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, указанную в Полисе, Застрахованное лицо вправе получить медицинские услуги, предусмотренные Программой **Амбулаторно-поликлиническая помощь**, в другой медицинской организации (за исключением медицинских организаций, указанных на титульной стороне Полиса, в разделе «Особые условия»), с последующим возмещением их стоимости.
- 6.1.1. Для этого Страхователь (Застрахованное лицо) должен обратиться к Страховщику с заявлением. При этом им должны быть представлены документы, удостоверяющие личность, страховой полис, а также: выписку из амбулаторной карты или иной медицинской документ, подтверждающий укус клеща, постановку диагноза и необходимость получения медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, оригинал платежного документа, подтверждающий оплату и получение медицинских услуг, предназначенных для диагностики и лечения заболеваний, указанных в Программе страхования.
7. Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения о признании (непризнании) данного события страховым случаем, а также проводить экспертизу представленных документов, подавать запросы в компетентные органы, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства случившегося и совершать иные действия, направленные на выяснение причин и обстоятельств наступления события и принятие обоснованного решения в отношении этого события.
- 8.1. Страховщик обязан произвести страховую выплату или принять решение об отказе в выплате в течение 10 рабочих дней после получения всех необходимых документов согласно п. 5, п. 6.1.п. 7 настоящих Условий страхования.
9. Общая сумма страховых выплат по каждому Разделу страхования для каждого Застрахованного лица за весь срок действия настоящего Полиса не может превышать установленной по этому Разделу индивидуальной страховой суммы и соответствующего лимита ответственности.
10. На Страхователе лежит обязанность проинформировать Застрахованное лицо о том, что его персональные данные, указанные в настоящем Полисе, будут обрабатываться Страховщиком в целях исполнения настоящего Полиса в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006г.
11. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев, указанных в п. 12 настоящих Условий.
12. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, (далее – «период охлаждения»): до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее – дата начала действия страхования) уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме; после даты начала действия страхования Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.
- 12.1.1. Возврат страховой премии в период охлаждения Страховщик производит Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Днем возврата страховой премии является день ее выдачи через кассу Страховщика наличными деньгами или день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика при выплате путем безналичного расчета.