


№ полиса agr_id			
Настоящим полисом-офертой АО «АльфаСтрахование», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в соответствии со ст. 432, 435 Гражданского кодекса РФ предлагает Страхователю заключить Договор добровольного медицинского страхования на следующих условиях: Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию), при наступлении страхового случая, оплатить медицинские и иные расходы Застрахованных лиц в соответствии с условиями настоящего Полиса-оферты, Правил страхования и Программы страхования.			
Страховщик	АО «АльфаСтрахование» 610020, г.Киров, ул.Карла Маркса, 99, (8332) 20-59-79, info-kirov@alfastrah.ru		
Страхователь Ф. И. О. полностью		Номер телефона	
Серия, номер паспорта			
Застрахованный Ф. И. О. полностью		Дата рождения чч. мм. гг.	
Данная графа заполняется только в том случае, если Страхователь и Застрахованный — разные лица. Если данная графа не заполнена, читать в следующей редакции: «Страхователь».			
Программа ДМС	Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите, клещевом системном боррелиозе и других заболеваниях, передающихся при укусе клеща.		
Страховая сумма	1 500 000 рублей		
Варианты страхования	№1 «Взрослый»	№2 «Детский» (до 18 лет)	№3 Коллективный (от 10 человек)
Страховая премия	180	150	---
В полисе должен быть выбран только один вариант страхования, оставшиеся два варианта должны быть перечеркнуты. В противном случае полис считается недействительным			
Срок действия Договора	Договор вступает в силу с 00 час. 00 мин. пятого дня, следующего за днем уплаты страховой премии. Дата выдачи полиса и оплаты страховой премии 00.00.0000 г. Период действия программы ДМС: с 00.00.0000 г. по 00.00.0000 г.		
Представитель страховщика Ф.И.О., подпись	Доверенность № 11299/18 от 22.10.2018 г. Сиделева С.С.		
 			
Если Страхователем является юридическое лицо, настоящий Страховой полис считать выданным в соответствии с коллективным договором добровольного медицинского страхования, при этом печать Страхователя и подпись уполномоченного лица на Страховом полисе не требуется.			
Без документа, удостоверяющего личность, Страховой полис недействителен!			
<ul style="list-style-type: none"> • Страховщик знакомит Страхователя с Правилами страхования. К настоящему Полису-оферте Страховщик выдает Программу страхования. • Страховщик обязуется при обработке персональных данных Застрахованных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006г. о «О персональных данных» №152-ФЗ и других нормативных документов, обеспечивающих безопасность персональных данных при их обработке. • Страховщик вправе использовать факсимильную подпись, полученную с помощью средств механического и иного копирования, электронно-цифровую подпись либо иной аналог собственноручной подписи. • В случае отказа Страхователя от Договора в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты его заключения Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме. В случае отказа Страхователя от Договора в срок более 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения возврат страховой премии не производится. • Оплата Страхователем страховой премии в полной объеме считается полным и безоговорочным акцептом на признание Договора заключенным на предложенных условиях, а также подтверждением того, что Страхователь согласен на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в настоящем Полисе-оферте (а также иных персональных данных, получаемых Страховщиком при исполнении настоящего Полиса, в том числе биометрических и специальных), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения настоящего Полиса-оферты (Договора страхования). 			
АО «АльфаСтрахование». Лицензия СЛ №22239 от 13.11.2017 ЦБ РФ			
Отрывной талон. Заполняется представителем ЛПУ			

ЛПУ _____
Дата обращения _____
lg введен согласно весу _____

ЛПУ _____
Дата обращения _____
lg введен согласно весу _____

ЛПУ _____
Дата обращения _____
lg введен согласно весу _____

АО «АльфаСтрахование»
№ полис _____/045/_____/_____
Дата обращения _____
Вес застрахованного _____
Кол-во ампул lg _____
Подпись застрахованного _____
Подпись мед. работника _____

АО «АльфаСтрахование»
№ полис _____/045/_____/_____
Дата обращения _____
Вес застрахованного _____
Кол-во ампул lg _____
Подпись застрахованного _____
Подпись мед. работника _____

АО «АльфаСтрахование»
№ полис _____/045/_____/_____
Дата обращения _____
Вес застрахованного _____
Кол-во ампул lg _____
Подпись застрахованного _____
Подпись мед. работника _____

Программа страхования

«АльфаКЛЕЩ с обязательным тестом на вирусоформность клеща за счет СК и компенсацией расходов застрахованного за медицинские услуги, указанные в программе страхования».

(Вариант № 2.1 Медицинской программы № 6 «Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите, клещевом системном боррелиозе и других заболеваниях, передающихся при укусе клеща»)

Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с риском возникновения затрат при укусе клеща, а также при необходимости госпитализации Застрахованного при подозрении на клещевой энцефалит, клещевой системный боррелиоз и другие заболевания, передающиеся при укусе клеща, в объеме и на условиях Программы добровольного медицинского страхования, выбранной страхователем при заключении договора страхования.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в лечебные учреждения, перечисленные в разделе «Перечень медицинских учреждений» за получением медицинских услуг в объеме, указанном в разделах «Объем предоставляемой медицинской помощи» и «Исключения из Программы»:

- при укусе клеща - не позже, чем в течение **72 часов** после укуса;

- при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом и другим заболеванием, передающимся при укусе клеща, **при условии предварительного обращения по факту укуса клеща.**

Страховыми выплатами является оплата Страховщиком счетов медицинских учреждений, указанных в Договоре, за медицинские и иные услуги, в объеме перечня, установленного в Договоре, оказанные Застрахованным по Договору лицам, в результате страхового случая; возмещение стоимости диагностики и лечения заболеваний, указанных в Договоре, в случае невозможности получения услуг в медицинских учреждениях, указанных в Договоре.

Объем предоставляемой медицинской помощи:

1. Первичный и повторные медицинские осмотры (терапевт, инфекционист) Застрахованного и удаление присосавшегося клеща в условиях медицинского учреждения.

Диагностика клещевого энцефалита, клещевого системного боррелиоза и других заболеваний, передающихся при укусе клеща.

Внимание! Лабораторная диагностика клеща может занимать 24 часа. В связи с этим, необходимо доставить клеща в лечебное учреждение не позднее 72 часов после укуса. Если застрахованный обращается позже указанного времени, страховая компания снимает с себя

дальнейшие

обязательства в отношении такого застрахованного.

3. В случае положительного результата исследования клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита проводится профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина в срок не позже **96 часов** после укуса; **в случае положительного результата исследования клеща** на наличие в нем возбудителя клещевого системного боррелиоза, анемии, эрлихиоза назначается соответствующая медикаментозная терапия.

Введение иммуноглобулина производится не чаще 1 (одного) раза в месяц.

В случае, когда исследование клеща невозможно и/или введение противоклещевого иммуноглобулина противопоказано – назначение однократного курса противовирусного препарата йодантипирин.

4. Анализ крови на наличие антител к возбудителю клещевого энцефалита в течение 2-х месяцев после введения иммуноглобулина при наличии медицинских показаний.

Анализ крови на наличие антител к возбудителю клещевого системного боррелиоза, анемии, эрлихиоза при наличии медицинских показаний.

В случае заболевания (стационарное лечение):

- госпитализация в специализированное отделение по направлению врача при условии предварительного обращения по факту укуса клеща

- лечение в соответствии с выявленным заболеванием (клещевой вирусный энцефалит, клещевой системный боррелиоз и другие заболевания, передающиеся при укусе клеща) препаратами и методами, разрешенными в РФ в объеме возможностей медицинских учреждений, входящих в Программу страхования, в пределах страховой суммы (с учетом стоимости оказанных медицинских услуг на догоспитальном этапе).

- реабилитационный курс на базе санаторно-курортных учреждений, согласованных со Страховщиком, после законченного стационарного лечения клещевого энцефалита по направлению лечащего врача стационара.

В случае смены диагноза, страховая компания несёт ответственность за период до смены диагноза.

5. Компенсация стоимости консультаций врача, анализа клеща и стоимости противоклещевого иммуноглобулина на всей территории РФ*.

Основные медицинские организации по оказанию помощи :

Название медицинской организации	Телефон медицинской организации	Адрес медицинской организации, режим работы	Оказываемые услуги
ООО «Доктор Лайт» Взрослые /дети	(8332) 711-100 Пн-пт 7.00 -20.00 Сб-вс 8.00-18.00	г. Киров, Гостиный переулок 5/1 Ул. Воровского д.135	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
Взрослые	8332 (711-100) Пн-пт 7.00 до 14.00 Сб 8.00-13.00 Вс - выходной	г. Киров, ул. Комсомольская д.39 Ул. Лепсе д.52 Ул. Ленинградская д. 1 а Ул. Ленина д.140	Прием клеща на исследование
Взрослые	8332(711-100) Пн-пт 7.00-20.00 Сб 8.00 до 18.00 Вс-выходной	Г.Киров,ул. Карла Либкнехта д.120	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
Взрослые/дети	8332 (711-100) Сб 8.00-18.00 Вс-выходной	г. Киров, Чистые пруды, ул.Попова д.58	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
Взрослые	(83361)4-86-40 Пн-Пт 7.00- 18.00 Сб-8.00-14.00	г. Кирово-Чепецк, ул. Ленина д.30	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
Взрослые	(83362) 3-40-55 Пн-Пт 8.00-20.00 Сб 8.00-14.00	г. Слободской, ул. Никольская д. 11	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
Взрослые	7 (83342) 5-81-23 Пн-Пт 7.00до 14.00	г. Котельнич, ул. Советская	Прием клеща на исследование

	Сб 8.00-13.00		
Дети	8332 (711-100) Пн-Пт 7.00 -20.00 Сб-8.00-18.00 Вс- 8.00-16.00	г. Киров, ул. Володарского д.27	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
ООО «Медицина АльфаСтрахования», клиника «Альфа-Центр Здоровья»	(8332) 20-58-28 Пн-Пт с 7-30 до 20-30 Сб с 9-00 до 18-00	г. Киров, ул. Преображенская, 37	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства при наличии препарата)
ОАО «РЖД»	(8332) 60-42-85 (круглосуточно)	г. Киров, ул. Октябрьский пр-т,151	Прием и исследование клеща, прием специалиста, по направлению- забор и исследование крови, профилактика заболеваний (выдача лекарства)
ООО «Афло-центр»	(8332)713-777	г. Киров, ул. Некрасова д.16 А, Октябрьский проспект д.29 а, Володарского д.60	Удаление клеща, исследование клеща, прием врача, профилактика заболевания, выдача медикаментов (при наличии)
ООО «Семейная клиника ВЕРИС»	(8332) 43-03-03 Пн-пт 8.00-20.00 Сб-8.00-13.00	г. Киров, ул. Московская д.107	Удаление, исследование клеща, прием врача, выписка рецепта на препараты
ООО ЦСМ «Лада Мед»	(8332) 220-303 Пн-пт 8.00-20.00 Сб-вс- 8.00-16.00	г. Киров, ул. Волкова д.3	Удаление и исследование клеща, прием врача, введение иммуноглобулина, исследование крови на направление врача, выдача медикаментов
Представительства клиники «Лайт» в Кировской области на территории ЦРБ Взрослые/дети	Пн-Чт 7.30 - 15.00	г. Омутнинск, ул. Спортивная д. 1, Б. Холуница ул. Чапаева д.1, Луза, ул. Ленина д.73, Подосиновец, Больничный городок, с. Афанасьевое, ул. Первомайская, 17, г. Кирс, ул. Кирова, 37, Нагорск, ул. Советская д. 89, Зуевка, Исполкомовская 109, пгт. Кумены, ул. Гагарина, 9, Нолинск, Федосеева, 25 а, Оричи, ул. 8 Марта, 7, пгт Суна, ул. Октябрьская д.18, Уржум, Чернышевского,3, пгт. Фаленки, Коммуны ул. 28, г. Мураши, ул. Пугачева д.45, пгт. Пижанка, ул. Кирова д.19	Клеща не удаляют, только прием материала на исследование!
КОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница» Взрослые/дети	(8332) 41-99-60 Приемный покой - круглосуточно	г. Киров, ул. Ленина д. 207	Стационарное лечение

Исключения из Программы:

1. Заболевание клещевым энцефалитом и/или клещевым системным боррелиозом у лиц, не обратившихся в установленное время в лечебное учреждение по факту укуса.

2. Обращение **Застрахованного лица** за медицинской помощью:

- при укусе клеща позже, чем в течение **72** часов после укуса;
- по истечению сроков действия страхового полиса.

Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

а) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

б) Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком (за исключением случаев, указанных в п. 8 объема медицинской помощи настоящей Программы);

в) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний.

***Порядок получения страхового возмещения:**

В экстренных случаях, при невозможности обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в программе страхования, по причине нахождения Застрахованного в другом населенном пункте, не указанном в графе «Адрес» раздела «Основной перечень медицинских учреждений», Застрахованный вправе получить медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования в другом медицинском учреждении, с последующим возмещением ему стоимости оказанных медицинских услуг.

Для получения страхового возмещения стоимости консультации врача, анализа клеща, стоимости противоклещевого иммуноглобулина, лекарственных препаратов для лечения боррелиоза, анаплазмоза и эрлихиоза Застрахованный должен обратиться в филиал «АО АльфаСтрахование» не позднее 30 дней с момента покупки лекарственного средства с заявлением на получение страхового возмещения, составленного по предложенной АО «АльфаСтрахование» форме с приложением следующих документов:

1. документ, подтверждающий факт укуса Застрахованного клещом, зараженным вирусом клещевого энцефалита, возбудителем клещевого системного боррелиоза, анаплазмоза и эрлихиоза (результат исследования клеща, медицинская документация)
2. счет, договор с медицинским учреждением на оказание медицинских услуг, заверенный печатью и содержащий ФИО Застрахованного, наименование и стоимость оказанных медицинских услуг;
3. копия Лицензии медицинского учреждения на право оказания услуг, полученных Застрахованным;
4. товарный чек с указанием в нем наименования и стоимости противоклещевого иммуноглобулина и/или лекарственных препаратов для профилактики/лечения боррелиоза, анаплазмоза и эрлихиоза (антибиотики в таблетированной форме) с приложением печати (штампа) аптечной организации;
5. чек контрольно-кассового аппарата;
6. рецепт, выписанный лечащим врачом медицинского учреждения.
7. банковские реквизиты Застрахованного для перечисления денежных средств

Заявление на обработку персональных данных к договору №

Настоящее согласие дается мной для целей исполнения Договора страхования, заключенного/ заключаемого между мною и ОАО «АльфаСтрахование», а также для целей использования Банком персональных данных, необходимых Банку, как агенту, для заключения Договора страхования и оформления страхового полиса с ОАО «АльфаСтрахование», и распространяется на следующую информацию: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес и любая иная информация, доступная либо предоставленная мною в любой конкретный момент времени АО КБ «Хлынов» (далее - «Персональные данные»).

Нижеподписавшийся (-аяся) особо признает и согласен с тем, что:

1. Все сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении и/или предоставленные в связи с Заявлением, а также все затребованные и полученные Банком документы, представлены исключительно для оформления Договора/полиса страхования, однако Банк оставляет за собой право использовать их как доказательство в судебном процессе или в иных случаях проведения официального разбирательства, а равно для целей проведения маркетинговых или иных подобных исследований, направленных на улучшение качества обслуживания клиентов Банка.
2. Банк, его агенты и правопреемники будут полагаться на информацию, содержащуюся в Заявлении, и я обязан вносить изменения и/или дополнения в настоящее Заявление в случае изменения каких-либо материальных и других обстоятельств, указанных в Заявлении.
3. Подтверждаю, что сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении, являются верными и точными на нижеуказанную дату и обязуюсь незамедлительно уведомить Банк в случае изменения указанных сведений, а также о любых обстоятельствах, способных прямо или косвенным образом повлиять на принятие Банком решения относительно заключения договора страхования.
4. Подписанием Заявления - анкеты Клиент подтверждает свое согласие на получение справочно-информационных и рекламных материалов, распространяемых Банком любым способом, а также на участие в розыгрышах призов, которые проводит Банк.
5. Настоящим сообщаю, что имею согласие указанных в полисе страхования третьих лиц на передачу информации об их персональных данных в АО КБ «Хлынов» и на дальнейшую обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Для целей Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. (далее - «Закон о Персональных данных»), настоящим даю согласие на обработку Коммерческим банку «Хлынов» (акционерное общество) (юридический адрес: 610002, город Киров, ул. Урицкого, дом 40) (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих Персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, действую по своей воле и в своем интересе.

Настоящее согласие дается мной без ограничения срока и может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления АО КБ «Хлынов» не менее чем за 60 (шестьдесят) дней до предполагаемой даты прекращения использования Персональных данных Банком.

Настоящим подтверждаю свое согласие на уничтожение моих Персональных данных в порядке, установленном нормами действующего законодательства о сроках хранения документов и порядке их уничтожения и локальными актами Банка, а также подтверждаю, что я уведомлен об уничтожении моих Персональных данных банком по окончании срока их хранения, установленного действующим законодательством.

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление любых действий в отношении моих Персональных данных, которые необходимы, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с Персональными данными с учетом положений Закона о Персональных данных.

Обработка Персональных данных может осуществляться АО КБ «Хлынов» с применением следующих основных способов обработки Персональных данных (но, не ограничиваясь ими): хранение, запись на электронные носители и их хранение, составление перечней, систематизация, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Представитель Страховщика:	Страхователь:
(Фамилия Имя Отчество) / подпись	(Фамилия Имя Отчество) / подпись
Дата заполнения:	Дата заполнения: