

№ полиса	
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 Программой страхования.	
Страховщик	
Страхователь Ф. И. О. полностью	
Застрахованный Ф. И. О. полностью	Дата рождения чч. мм. гг.
Программа ДМС	Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите, клещевом системном боррелиозе и других заболеваниях, передающихся при укусе клеща.
Страховая сумма	
Варианты страхования	№1 «Взрослый» №2 «Детский» (до 14 лет включительно)
Страховая премия	
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 « » 20 г. Период действия программы ДМС: с « » 20 г. по « » 20 г.
Представитель страховщика	

Без документа, удостоверяющего личность, Страховой полис недействителен!

- 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 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ и других нормативных актов, 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) календарных дней с даты его заключения Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора, наличными денежными средствами или в безналичном порядке, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В случае отказа Страхователя от Договора в срок более 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения возврат страховой премии не производится.
- Оплата Страхователем страховой премии в полном 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).
- Акцептом настоящего Полиса подтверждаю достоверность своих персональных данных, изложенных в Полисе. Отсутствие всех или части персональных данных Страхователя в Полисе Стороны признают отказом Страхователя предоставлять соответствующие данные Страховщику с целью исполнения последним либо его представителем требований Федерального закона от 22 мая 2003 г. № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации», в том числе в части оформления и направления Страхователю документа, подтверждающего оплату страховой премии.

Отрывной талон. Заполняется представителями ЛПУ

ЛПУ _____ Дата обращения _____ lg введен согласно весу	ЛПУ _____ Дата обращения _____ lg введен согласно весу	ЛПУ _____ Дата обращения _____ lg введен согласно весу
АО «АльфаСтрахование» № полиса _____ Дата обращения _____ Вес Застрахованного _____ Кол-во ампул lg _____ Подпись Застрахованного _____ Подпись мед. работника _____	АО «АльфаСтрахование» № полиса _____ Дата обращения _____ Вес Застрахованного _____ Кол-во ампул lg _____ Подпись Застрахованного _____ Подпись мед. работника _____	АО «АльфаСтрахование» № полиса _____ Дата обращения _____ Вес Застрахованного _____ Кол-во ампул lg _____ Подпись Застрахованного _____ Подпись мед. работника _____

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

(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 другие заболевания, передающиеся 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:

- Первичный медицинский осмотр 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 назначается соответствующая медикаментозная терапия.

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

5. 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);

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

6. Компенсация стоимости консультации врача и стоимости противоклещевого иммуноглобулина на всей территории РФ.*

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. Оплата стоимости лекарственных средств, применяемых для лечения клещевого боррелиоза в амбулаторно-поликлинических условиях.

3. 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. 6 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.

Основной перечень медицинских учреждений

Название	Адрес	Режим работы	Телефон	Виды помощи
Центр клещевых инфекций	г.Иркутск, ул.Карла Маркса 3	пн – вс: с 8-00 до 19-00	8(3952)24-34-73 8(3952) 333 -445	Амбулаторно – поликлиническая помощь.
Иркутская областная инфекционная клиническая больница	г.Иркутск, проспект Маршала Конева 90	круглосуточно	8(3952) 30-04-42	Плановая, экстренная госпитализация
МАНО ЛДЦ г. Ангарск	г. Ангарск м/р ба - 12	пн – пт: с 8-00 до 19-00 субб: с 8-00 до 18-00 воскр: выходной	8(3955) 95-29-26	Амбулаторно – поликлиническая помощь.

***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 Застрахованный должен обратиться в филиал «АО АльфаСтрахование» не позднее 30 дней с момента получения указанной медицинской помощи 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 и/или возбудителем клещевого системного боррелиоза;
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 с приложением печати (штампа) аптечной организации (при отсутствии противоклещевого иммуноглобулина в лечебном учреждении);
5. чек контрольно-кассового аппарата;
6. рецепт, выписанный лечащим врачом медицинского учреждения (при отсутствии противоклещевого иммуноглобулина в лечебном учреждении).