

**ДОГОВІР № 1111 / ____ / _____ (ПОЛІС)
добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)**

м. Київ

2021 р.

СТРАХОВИК	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УНІВЕРСАЛЬНА»			20113829
				код ЄДР
в особі	представника/посередника			
	посада уповноваженої особи	прізвище	ім'я	по-батькові
який(а) діє на підставі	назва документу, що дає право підпису		номер	дата видачі
реквізити	номер поточного рахунку		в банку (повна назва)	
СТРАХУВАЛЬНИК	ПІБ			Дата народження
				ІПН
адреса, телефон	Адреса			
	Паспорт	телефон	електронна пошта	
Застрахована особа	ПІБ			Дата народження
				ІПН
адреса, телефон	Адреса			
	Паспорт	телефон	електронна пошта	

далі разом – Сторони, кожен окремо - Сторона, уклали цей договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (далі – Договір) відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)» від 24.07.2008 р. (далі – «Правила»), Ліцензії Серія АГ №569720, виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України 23.03.2011 р. згідно з заявою (усною чи письмовою) Страхувальника на страхування здійснює добровільне медичне страхування та зобов'язується провести виплату при настанні страхового випадку згідно умов цього Договору, а Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж на умовах, визначених цим Договором, та виконувати умови цього Договору.

Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

1. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

1.1. Страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги під час дії Договору та передбаченого умовами Договору, який пов'язаний з:		
1.1.1. гострим захворюванням;	1.1.2. загостренням хронічного захворювання;	1.1.3. наслідком нещасного випадку.
1.2. Страховим випадком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору страхування до Лікувально-профілактичного закладу(далі – ЛПЗ) з приводу настання подій, зазначених у п.1.1. цього Договору, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату ЛПЗ або Застрахованій особі (шляхом відшкодування коштів) за отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором.		
1.3. Обов'язок Страховика здійснити страхову виплату настає виключно після отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором.		
1.4. Перелік медичних послуг або інших послуг, за надання яких Страховик здійснює страхову виплату, згідно з умовами Договору, зазначений у відповідних програмах страхування, опис яких викладений в Додатку №2 до цього Договору, що є його невід'ємною частиною (далі - Програма страхування).		
1.5. Послуги, що не передбачені Договором та Програмою страхування, Застрахована особа сплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.		

2. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

2.1. Програма страхування(назва)	2.2. Страхова сума на одну Застраховану особу за Програмою, грн.	2.3. Страховий тариф, %	2.4. Річний страховий платіж на одну Застраховану особу за Програмою, грн.

2.5. У Програмі страхування можуть вказуватись окремі ліміти страхових сум для деяких видів медичних послуг щодо певної Застрахованої особи або групи Застрахованих осіб.

3. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

3.1. Порядок сплати страхового платежу	3.2. Розмір страхового платежу, грн.	3.3. Кінцева дата сплати	3.4. Період, за який сплачується платіж (з - по)
3.1.1.	3.2.1.	3.3.1.	3.4.1.

3.5. Під сплатою страхового платежу (його частини) розуміють зарахування (внесення) страхового платежу (його частини) на поточний рахунок Страховика.

4. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. з 00 годин 00 хвилин	_____. _____. 20_р.	4.2. до 24 годин 00 хвилин	_____. _____. 20_р.
---------------------------	---------------------	----------------------------	---------------------

5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ Україна, з урахуванням п.5.1. Умов страхування.

6. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА(ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. При настанні страхового випадку, Застрахована особа або її представник/інша уповноважена особа, для неповнолітніх застрахованих осіб – батьки, до моменту звернення за медичною допомогою, повинна негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку, звернутись до лікаря-координатора Контакт-центру Страховика **за телефоном**, що вказаний в пластиковій картці Застрахованої особи: - **0 800 210 381** (цілодобова безкоштовна пряма лінія медичного асистенту);- **044 364 12 00** (лінія для екстреної допомоги), та повідомити наступну інформацію:
- прізвище ім'я, по-батькові Застрахованої особи; - номер сервісної картки/номер договору страхування;
- причину звернення (отримання медичної допомоги, отримання відшкодування тощо); - фактичну адресу місця знаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.
6.2. Лікар-координатор Контакт-центру інформує Застраховану особу щодо подальших дій та організовує медичне обслуговування в лікувально-профілактичних закладах та/або послуг, що передбачені Програмою страхування.

Договір складається з цього Полісу та з «Умов добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)» (Форма Умови Д-Р2-1111), які є невід'ємною частиною Договору та затверджені Страховиком (Розпорядження від 31 березня 2021 року №12-Р), і текст яких, у форматі, що унеможливило зміну його змісту, розміщений на корпоративному файловому ресурсі Страховика в мережі Internet за посиланням _____ (далі – Умови страхування).
Умови страхування містять програму страхування, перелік виключень зі страхових випадків та обмеження страхування, права та обов'язки Сторін та відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору, дії Страхувальника у разі настання страхового випадку, умови здійснення страхової виплати, причини відмови у виплаті страхового відшкодування, порядок зміни і припинення дії Договору та інші істотні умови Договору.
Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що з Правилами та з Умовами страхування ознайомлений та згідний, примірник Полісу та Умов страхування та всі роз'яснення щодо умов Договору отримав.

**QR КОД з
посиланням на
умови договору
страхування**

СТРАХОВИК

Підпис

ПІБ

М.П.

СТРАХУВАЛЬНИК

підпис

ПІБ

Форма П-Р2-1111

