Дирекція та консультант №	П.І.Б. консультанта	Одиниці загалом

BROKER SERVICE GROUP®

ГРАВЕ УКРАЇНА Страхова компанія

Печатка прийняття

1. ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ

Основна частина

ДОГОВІР № _____
комплексного особистого страхування «ГРАВЕ ДОКТОР»

Місто укладання		**Дата укладання**	
1.1. СТРАХОВИК	**Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ГРАВЕ УКРАЇНА»,** 01001, Україна, м. Київ, вул. Велика Васильківська,65; т/ф. (044) 247 68 03, ел. пошта office@grawe.ua; веб-сторінка:www.grawe.ua		**, з однієї сторони**
1.2. СТРАХУВАЛЬНИК (прізвище, імя, по-батькові)			**, з другої сторони**
Адреса		Тел.: +38	
Дата народження		Ідентифікаційний код	
Паспортні дані (серія, номер, ким та коли виданий)			

далі по тексту – «Сторони», уклали цей Договір комплексного особистого страхування «ГРАВЕ Доктор» (далі по тексту – «Договір»), який складається із основної та загальної частини, на підставі Закону України «Про страхування», «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» та «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» (далі по тексту – «Правила»), та відповідно ліцензій серії АЕ № 641841 від 22.04.2015р. і серії АЕ № 641839 від 22.04.2015р., про наступне:

1.3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (прізвище, імя, по-батькові, адреса)	(ПІБ)	**Дата народження**		
	(адреса)			
1.4. ВИГОДОНАБУВАЧ (прізвище, імя, по-батькові, адреса)	(ПІБ)	**Дата народження**		
	(адреса)			

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ	Майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі за згодою Застрахованої особи.

3. ОПЦІЇ ЗА ПРОГРАМАМИ СТРАХУВАННЯ «ГРАВЕ ДОКТОР»	**Назва окремої опції**	**Позначьте знаком «V» обрану програму страхування***	**4. СТРАХОВІ СУМИ (на одну особу), грн**	**5. СТРАХОВІ ТАРИФИ, %**	**6. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ (на одну особу), грн**
3.1. Добровільне страхування від нещасного випадку	**«Light» (UIV)**	☐	**50 000,00**	**1,00**	**500,00**
3.1. Добровільне страхування від нещасного випадку та	**«Standart» (UIV+KMU)**	☐	**50 000,00**	**1,00**	**1 100,00**
3.2. Добровільне медичне страхування на випадок настання нещасного випадку			**50 000,00**	**1,20**	
3.1. Добровільне страхування від нещасного випадку та	**«Elit» (UIV +KMUE)**	☐	**50 000,00**	**1,00**	**2 300,00**
3.3. Добровільне медичне страхування на випадок настання нещасного випадку, захворювання			**50 000,00**	**3,6**	

***За цим Договором можна обрати тільки одну окрему програму страхування**

7. УМОВИ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ	**Добровільне страхування від нещасного випадку (далі по тексту - UIV)**		
7.1. Страхові випадки	**7.1.1. смерть**	**7.1.2. первинне встановлення I, II, III групи інвалідності**	**7.1.3. травматичне ушкодження**
7.2. Умови дії Договору	**Упродовж 24 годин на добу (за виключенням занять професійним спортом).** Дія цього Договору не розповсюджується на осіб, які здійснюють професійну діяльність, що відноситься до груп ризику 3П та/або 4П згідно п. 1.15. Розділу 1 Загальної частини Договору.		
8. УМОВИ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ	**Добровільне медичне страхування при настанні нещасного випадку (далі по тексту – KMU)**		
8.1. Страхові випадки	Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування до Представника Страховика (Асистуючої компанії) / ЛПЗ (Лікувально-профілактичний заклад), передбаченого цим Договором страхування, при настанні нещасного випадку, в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування		
8.2. Перелік послуг (ризики) за програмою страхування	8.2.1. Швидка та невідкладна медична допомога; 8.2.2. Екстрена стаціонарна допомога, Екстрена хірургічна допомога 8.2.3. Амбулаторно-поліклінічна допомога; 8.2.4. Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні		
9. УМОВИ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ	**Добровільне медичне страхування при настані нещасного випадку або погіршенні медичного стану (захворюванні) (далі по тексту - KMUE)**		
9.1. Страхові випадки	Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування до Представника Страховика (Асистуючої компанії) / ЛПЗ (Лікувально-профілактичний заклад), передбаченого цим Договором страхування, при настанні нещасного випадку або при погіршенні медичного стану (захворювання), в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування		
9.2. Перелік послуг (ризики) за програмою страхування у разі настання нещасного випадку	9.2.1. Швидка та невідкладна медична допомога; 9.2.2. Екстрена стаціонарна допомога, Екстрена хірургічна допомога 9.2.3. Амбулаторно-поліклінічна допомога; 9.2.4. Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні		
9.3. Перелік послуг (ризики) за програмою страхування у разі погіршення медичного стану (захворювання)	9.3.1. Швидка та невідкладна медична допомога 9.3.2. Екстрена стаціонарна допомога, Екстрена хірургічна допомога		
10. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ	1 (один) рік	**11. ФРАНШИЗА**	Не передбачена

СТРАХОВИК	**СТРАХУВАЛЬНИК**
Банківські реквізити: код ЄДРПОУ 19243047; **п/р № UA373510050000026509268293900 в АТ "УкрСиббанк"**	**Підписуючи основну частину Договору, Страхувальник погоджується та підтверджує, що Договір складають в тому числі положення загальної частини Договору, яка є його невід'ємною частиною та яку Страхувальник отримав. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений з Правилами і погоджується з умовами, викладеними у цьому Договорі.**
/_____/ _____/ **М.П.** **(підпис)** **(ПІБ)**	/_____/ _____/ **(підпис)** **(ПІБ)**

Дата друку
01.2024

12. Опис програм страхування

12.1. «Light» - Добровільне страхування від нещасного випадку (UIV).
UIV передбачає виплату фіксованої суми Страхувальнику (Вигодонабувачу) при настанні нещасного випадку у разі:
- Смерті застрахованої особи: 100% страхової суми – 50 000 грн.
- Встановлення інвалідності застрахованої особи:
  - 1 група інвалідності: 100% страхової суми – 50 000 грн.
  - 2 група інвалідності: 75% страхової суми – 35 000 грн.
  - 3 група інвалідності: 50% страхової суми – 25 000 грн.
- Травматичного ушкодження застрахованої особи: згідно таблиці виплат, яка є частиною договору страхування.

12.2. „Standart" (UIV+ KMU):
- Добровільне страхування від нещасного випадку (UIV).
- Добровільне медичне страхування при настанні нещасного випадку (KMU).

12.2.1. KMU передбачає покриття витрат на платну медичну допомогу (оплату послуг лікувальних закладів, витрат на лікі та витратні матеріали), які виникають внаслідок настання нещасного випадку.
Організація та контроль лікарем-координатором Асистуючої компанії надання медичних послуг в лікувальних закладах відповідно до умов договору страхування.
12.3. „Elit" (UIV+ KMUE):
- Добровільне страхування від нещасного випадку (UIV).
- Добровільне медичне страхування при настанні нещасного випадку (KMUE).

12.3.1. KMUE передбачає покриття витрат на платну медичну допомогу (оплату послуг лікувальних закладів, витрат на лікі та витратні матеріали), які виникають внаслідок:
- настання нещасного випадку;
- погіршення медичного стану (захворювання), що вимагає надання екстреної стаціонарної допомоги, екстреної хірургічної допомоги, швидкої невідкладної медичної допомоги в медичних закладах відповідно до умов договору страхування.

13. Декларація про стан здоров'я

13.1. Запитання до застрахованої особи	Так	Ні
13.1.1. Чи маєте Ви на даний час :		
обмеження дієздатності за станом здоров'я		
інвалідність 1, 2 групи		
категорію "дитина-інвалід"		
вроджені грубі вади розвитку органів і систем		
органічні ураження опорно-рухового апарату		
тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо)		
нервові та психічні розлади (епілепсія, шизофреннія ,енцефаліт, менінгіт, параліч, аутизм тощо); демієлінізуючі захворювання		
розсіяний склероз		
Чи знаходитесь або знаходились раніше на обліку в наркологічних, психоневрологічних, фтізиатричних спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом?		
Чи хворієте Ви зараз або хворіли раніше на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію?		
13.1.2. Чи маєте Ви зараз, або мали раніше наступні діагнози:		
цироз печінки		
гепатит В або С		
цукровий діабет		
онкологічні захворювання		
інфаркт		
інсульт		
ниркова недостатність		
Зазначьте будь-ласка Вашу професію та посаду		
Дата _____	_____	Підпис Застрахованої особи

13.2. Застрахованій особі та Страхувальнику повідомлено, що у разі відповіді ТАК на будь-яке питання з пункту 13.1.2, укладання договору страхування для такої особи можливо тільки за програмами Light і Standart.
13.3. У разі відповіді ТАК на будь-яке питання з пункту 13.1.1. укладання договору страхування можливо тільки після додаткової оцінки ступеню ризику Страховиком та за умови надання більш детальної інформації про стан здоров'я Застрахованої особи.
13.4. Страхувальнику та Застрахованій особі також повідомлено, що неправдиве або неповне надання інформації про стан здоров'я Застрахованої особи, або інформації, яка може впливати на оцінку ступеню ризику, може бути підставою для відмови у страховій виплаті у разі настання страхового випадку.
13.5. Заповнення та підписання цього договору Страхувальником не означає початку страхового покриття. Договір може набути чинності тільки після оплати страхового платежу, перевірки правильності оформлення договору, оцінки ступеню ризику та підписання його уповноваженою особою Страховика.
13.6. Страхувальник погоджується, що у разі відмови Страховика від укладення договору страхування, страховий платіж, який був перерахований по цьому договору, буде повернений Страхувальнику через систему Аваль-Експресс протягом трьох робочих днів після прийняття такого рішення. Страхувальнику при цьому поштою буде направлено письмове повідомлення про це. Своїм підписом Страхувальник погоджується та підтверджує, що йому своєчасно та в повному обсязі надана інформація, визначена у частині 2 ст.12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

Місце, дата	Підпис консультанта (засвідчує дійсність підписів Страхувальника та Застрахованої особи, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації	Підпис Страхувальника	Підпис Застрахованої особи (якщо вона не є Страхувальником)