



Дирекція та консультант №	П.І.Б. консультанта	Одиниці загалом
 		Печатка прийняття
ДОГОВІР № _____		1. ДЛЯ СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ
комплексного особистого страхування «ГРАВЕ ДОКТОР»		Основна частина

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	Позначте 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)	<input type="checkbox"/>	50 000,00	1,00	500,00
3.1. Добровільне страхування від нещасного випадку та 3.2. Добровільне медичне страхування на випадок настання нещасного випадку	«Standart» (UIV+KMU)	<input type="checkbox"/>	50 000,00	1,00	1 100,00
		<input type="checkbox"/>	50 000,00	1,20	
3.1. Добровільне страхування від нещасного випадку та 3.3. Добровільне медичне страхування на випадок настання нещасного випадку, захворювання	«Elit» (UIV +KMUE)	<input type="checkbox"/>	50 000,00	1,00	2 300,00
		<input type="checkbox"/>	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 ЗП 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 або при погіршенні медичного стану (захворювання), в отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування
------------------------------	---

8.2. Перелік послуг (ризиків) 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 настанні 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 (ризиків) 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 (ризиків) 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 Банківські реквізити: код ЄДРПОУ 19243047; п/р № UA37351005000026509268293900 в АТ "УкрСиббанк"	СТРАХУВАЛЬНИК 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)

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, шизофренія ,енцефаліт, менінгіт, параліч, аутизм тощо); демієлінізуючі захворювання		
розсіяний склероз		
Чи знаходитесь або знаходились раніше на обліку в наркологічних, психоневрологічних, фтізіатричних 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		
Зазначте 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 укладання договору страхування, страховий платіж, який був перерахований по цьому договору, буде повернений Страхувальнику через систему Аваль-Експрес 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)

Повідомлення та Згода (надання дозволу) суб'єкта персональних даних на обробку його персональних даних у Базі персональних даних клієнтів ТОВ «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД».

Я, _____ (Страховальник), та _____ (Застрахована Особа, якщо Страховальник та Застрахований – різні особи), що підписався нижче, надаю згоду на обробку своїх персональних даних **Товариству з обмеженою відповідальністю «ЄВРОЛАЙФ УКРАЇНА ЛТД» (далі — ЄВРОЛАЙФ)** у Базі персональних даних клієнтів ЄВРОЛАЙФ (далі — База даних) **з метою** здійснення ним діяльності страхового посередника, ведення персоналізованого обліку укладених Договорів Страхування та надходжень Страхових Премій (платежів), інформаційної взаємодії між мною та ЄВРОЛАЙФ, ведення електронного документообігу, підготовки статистичної, адміністративної та іншої інформації з питань страхування відповідно до вимог чинного законодавства; та для передачі зазначених персональних даних для обробки страховою компанією **з метою** здійснення нею страхової діяльності, в т.ч., але не виключно, ведення персоналізованого обліку Договорів Страхування, обліку надходжень Страхових Премій (платежів), інформаційної взаємодії між мною та страховою компанією, обробки даних (збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, адаптування, зміни, поновлення, використання, поширення, знеособлення, знищення даних про особу), оцінки страхових ризиків, укладання, ведення та виконання Договорів Страхування, розгляду заяв про здійснення страхових виплат, ведення електронного документообігу, підготовки відповідно до вимог законодавства статистичної, адміністративної та іншої інформації з питань страхування, надсилання пропозицій, матеріалів інформаційного та рекламного змісту відповідно до чинного законодавства України, Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», на підставі ліцензії, виданої страховій компанії на провадження страхової діяльності у формі добровільного страхування життя на підставі статуту, внутрішніх положень, політик та процедур страхової компанії.

Обсяг персональних даних, які включаються до Базі даних, визначається умовами цієї згоди, а також відповідно до законодавства України, що регулює провадження страхової діяльності та не перевищує обсягу, необхідного для досягнення мети обробки персональних даних.

Цим я повідомлений/повідомлена, що мета обробки персональних даних клієнтів ЄВРОЛАЙФ передбачає обробку таких категорій персональних даних, отриманих з первинних джерел (відомості з документів, виданих на моє ім'я, відомостей, які я надаю про себе): паспортні дані, ідентифікаційні податкові дані, місце проживання, контактні засоби зв'язку, місце роботи, посада, медичні дані тощо, за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем та програмного забезпечення ЄВРОЛАЙФ у паперовому та електронному вигляді на носіях будь-якого виду. До Базі даних вноситься інформація щодо Застрахованих Осіб, Страховальників, Вигодонабувачів, осіб, які мають право на отримання страхової виплати, або їх законних представників.

Відповідно до цієї Згоди ЄВРОЛАЙФ має право збирати з різних джерел та обробляти оновлення даних, які містяться у Базі даних. База даних знаходиться за юридичною адресою ЄВРОЛАЙФ. Доступ до персональних даних надається відповідно до чинного законодавства України.

Я також погоджуюся з тим, що в процесі опрацювання моїх персональних даних, отриманих відповідно до умов цієї Згоди, ЄВРОЛАЙФ має право надсилати всі такі дані до страхової компанії відповідно до цієї Згоди та при цьому гарантує дотримання вимог законодавства України щодо захисту персональних даних.

Цим я також повідомлений/повідомлена, що маю право на доступ до своїх персональних даних, що містяться у Базі даних; на отримання не пізніше, як за 30 календарних днів з дня надходження письмового запиту, відповіді про те, чи зберігаються мої персональні дані у Базі даних, та про зміст моїх персональних даних, які зберігаються; на пред'явлення вмотивованої вимоги щодо зміни або знищення своїх персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно або є недостовірними; на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв'язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи; на застосування засобів правового захисту у випадку порушення законодавства про захист персональних даних, зокрема, на звернення до відповідних державних органів; та інші права, що передбачені законодавством України.

« ____ » _____ року

Консультант

_____ (підпис)

_____ (ПІБ)

Застрахована Особа

_____ (підпис)

_____ (ПІБ)

Страховальник

_____ (підпис)

_____ (ПІБ)