

Заява (акцепт) про прийняття пропозиції укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №

Дана заява (акцепт) є повною та безумовною згодою Страхувальника укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Договір або Договір страхування) з ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» (код ЄДРПОУ - 30968986, місцезнаходження: м. Київ, вул. Рибальська, 22) в порядку та на умовах визначених в Пропозиції укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 12 від « 6 » лютого 2018 року (надалі - Оферта).

Ця Заява (акцепт) та Оферта, що не діють одна без одної, складають разом Договір страхування.

Договір укладається відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)» № 103.1 від 01.09.2010 р. ПрАТ «СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» зі змінами та доповненнями (надалі - Правила).

| | |
|--|--|
| СТРАХУВАЛЬНИК | КУЗИК ЄВГЕН , дата народження 05.02.1986 року |
| Адреса проживання: м.Львів, вул. Степана Бандери, 53/8 | |
| Паспорт: | Серія номер виданий року |
| ІПН | 3144707016 |
| Мобільний телефон: 0931104445 | |
| Адреса електронної пошти: yes050286@gmail.com | |

1. Застраховані особи:

| № | Прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи (ЗО) | Дата народження | Адреса проживання, телефон | ІПН | Програма страхування* | Страхова сума, грн | Страховий платіж, грн | Страховий тариф, % |
|---|--|-----------------|---|------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| 1 | КУЗИК ЄВГЕН | 05.02.1986 | м.Львів, вул. Степана Бандери, 53/8 0931104445 | 3144707016 | Стандарт+ | 100000.00 | 2499.00 | 2.50 % |

Докладний опис програми страхування наведений у Додатку 1 до Оферти.

2. Страхові ризики, страхові випадки.

2.1. Страховими ризиками є події, що сталися в період дії Договору страхування, а саме:

- 2.1.1. Гостре захворювання Застрахованої особи
- 2.1.2. Загострення хронічних захворювань Застрахованої особи
- 2.1.3. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку

2.2. Страховим випадком є факт одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, передбачених Договором, необхідність одержання яких виникла внаслідок подій передбачених п. 2.1. цієї Заяви. Страховик не оплачує медичні послуги та медикаментозне лікування за одним страховим випадком тривалістю більше 30 днів з дати настання страхового випадку.

3. Місцем дії Договору страхування є територія України, за винятком зон бойових дій та військових конфліктів, районів проведення антитерористичної операції, незаконно окупованих та/або відчужених територій.

4. Загальна страхова сума за Договором страхування

| | |
|----------------|------------------------------|
| 100000.00 грн. | Сто тисяч гривень 00 копійок |
|----------------|------------------------------|

5. Загальний страховий платіж за Договором страхування

| | |
|--------------|--|
| 2499.00 грн. | Дві тисячі чотириста дев'яносто дев'ять гривень 00 копійок |
|--------------|--|

6. Строк сплати страхового платежу: до _____ р.

| | | | | |
|-------------------------------|---|------------|----|------------|
| 7. Строк дії Договору: | з | 09.07.2019 | по | 08.07.2020 |
|-------------------------------|---|------------|----|------------|

8. Договір страхування набирає чинності з моменту, вказаного як початок строку дії Договору, але не раніше наступного дня за днем сплати страхового платежу в повному розмірі на рахунок Повіреного.

8.1. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати набрання чинності Договору, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, які визнані страховими випадками, за Договором, лише за базовою опцією Невідкладної (швидкої) медичної допомоги. З 15 (п'ятнадцятого) календарного дня дії Договору страхування, Страховик несе зобов'язання в повному обсязі, щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за Договором, за всіма базовими опціями вибраної Програми страхування та додатковими опціями.

9. Анкета фізичної особи – Страхувальника

| | |
|--|--|
| 9.1. Страхувальник, належить до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб (необхідне відмітити): | Так/ні |
| 9.2. Інформація про рівень щомісячного доходу Страхувальника вважаєте конфіденційною | Так/ні |
| Якщо «ні», вказати до 5 000 грн. / від 5 000 грн. до 10 000 грн. / від 10 000 до 20 000 грн. / від 20 000 грн/ інше _____ грн. | |
| 9.3. Мета та характер майбутніх ділових відносин (перелік послуг, які Страхувальник бажає отримати): | страхування / одноразова операція / постійні відносини / тощо (вказати) _____. |

10. Перелік страхових випадків, умови здійснення страхових виплат, причини відмови у страховій виплаті, порядок зміни умов і припинення дії Договору страхування, права, обов'язки та відповідальність сторін за Договором визначаються Офертою та Правилами і є обов'язковими для виконання Страхувальником та Страховиком.

Підтверджую, що ознайомився з Правилами страхування, ознайомився та згоден з порядком укладення договору та умовами страхування визначеними в Пропозиції укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 12 від « 6 » лютого 2018 року. Крім цього, Страхувальник повідомлений, що він має змогу цілодобово ознайомитися з ціною Офертою розміщеною на офіційній інтернет-сторінці Страховика за посиланням: www.alfaic.ua.

Даю згоду ПрАТ «Страхова компанія «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» та Повіреному на використання моїх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». Цим також підтверджую, що мною була отримана згода Застрахованих осіб на їх страхування та на обробку, використання і передачу Страховику та Повіреному їх персональних даних з метою укладення та виконання Договору.

Підтверджую, що до укладення Договору страхування мені надана інформація, яка зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

Заява підписується Страхувальником шляхом введення одноразового ідентифікатора, отриманого на засіб мобільного зв'язку

Дата укладення

Додаток № 1

| Програма страхування | | |
|--|--|--|
| Добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) | | |
| | Стандарт + 100 000,00 | Стандарт 100 000,00 |
| Страхова сума на 1 Застраховану особу, грн. | | |
| Послуги, що передбачені програмою | | |
| Амбулаторно-поліклінічна медична допомога | Передбачено, в межах наступних послуг | Передбачено, в межах наступних послуг |
| Консультації лікарів | ні | ні |
| Консультації терапевта та вузькопрофільних лікарів при травмах | ні | ні |
| Забезпечення медикаментами при амбулаторно-поліклінічному лікуванні за призначенням лікаря | Передбачено | Передбачено |
| Загальний Ліміт | В межах страхової суми | В межах страхової суми |
| Франшиза на медикаменти | 10% | 20% |
| Доставка призначених медикаментів при замовленні від 100 грн і наявності даної послуги у регіоні перебування застрахованої особи | так | Так |
| Денне відвідування при амбулаторному лікуванні | НЕ Передбачено | НЕ Передбачено |
| Невідкладне стаціонарне лікування | Передбачено | Передбачено |
| Ліміт на послуги | В межах страхової суми | В межах страхової суми |
| Клас медичних закладів | Державні, Відомчі (1,2) | Державні, Відомчі (1,2) |
| Госпіталізація в профільний стаціонар; | Так | Так |
| Лікування у відділенні реанімації (у разі потреби); | Так | Так |
| Консультації лікарів, всі лабораторного та інструментального обстеження за призначенням лікаря, всі види необхідного невідкладного терапевтичного та хірургічного лікування; лікувальні процедури. | Так | Так |
| Перебування в палаті, харчування лікувальне та/або загальний стіл в умовах та за розкладом даного стаціонару; | Так | Так |
| Забезпечення медикаментами та медичними витратними матеріалами при невідкладному стаціонарному лікуванні | Так* | Так* |
| | *на виробі медичного призначення (імпланти, протези) встановлюється франшиза 30% | *на виробі медичного призначення (імпланти, протези) встановлюється франшиза 30% |
| Доставка призначених медикаментів при замовленні від 100 грн і наявності даної послуги у регіоні перебування застрахованої особи | Так | Так |
| Швидка медична допомога | Передбачено | Передбачено |
| Ліміт на послуги | В межах страхової суми | В межах страхової суми |
| Клас медичних закладів | Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3,4,5, 6 7) | Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3,4,5, 6 7) |
| Виїзд карети швидкої медичної допомоги в межах 30 км від міста (для міста Київ); | Так | Так |
| Первинний огляд лікаря, постановка попереднього діагнозу, надання невідкладної допомоги за життєвими показниками (купування гострих (критичних) станів; невідкладна медикаментозна терапія; | Так | Так |
| Транспортування до медичного закладу; | Так | Так |
| Госпіталізація в стаціонарне відділення; | Так | Так |
| Лабораторна діагностика (клінічні, біохімічні, гормональні дослідження крові, до трьох показників на весь період дії договору) за призначенням лікаря | Так | Так |