



ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МІСТО»
21050, Україна, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25
№ рахунку: UA5235100500002605642264850 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005
код ЄДРПОУ 33295475, тел.: (0432)508-108

108
1034

ДОГОВІР № 131-000090

добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

Цей Договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, надалі – Договір, укладено відповідно до Закону України «Про страхування», Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованих Нацкомфінпослуг 10.01.2013 р., № 0413007, надалі - Правила. Ліцензія серія АЕ № 198792, видана Нацкомфінпослуг 14.06.2013 р.

Місце укладення	м. Вінниця	Дата укладення	« 14 » червня 2023 року
1. СТРАХОВИК	Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто»		
в особі	фахівця зі страхування Нечай Оксани Григорівни, яка діє на підставі довіреності № 002/2023 від 18.04.2023 р.		
2. СТРАХУВАЛЬНИК	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1"		
в особі	Директора Ліваковського Костянтина Сергійовича		
діє на підставі	Статуту		
ЄДРПОУ	0 5 4 8 4 1 2 6	телефон	0 4 3 2 4 6 5 2 3 4
Банківські реквізити	IBAN UA103204780000026007924447108, АБ "Укргазбанк" м.Київ		
Адреса	м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 96		
3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	Згідно Додатку №1		

4. ВИГОДОНАБУВАЧ Застрахована особа згідно Додатку №1 або Спадкоємець(і) Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України

Страховик та Страхувальник (разом надалі - Сторони) уклали цей Договір про наступне:

5. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі за згодою Застрахованої особи.

6. Страховим ризиком є:

6.1.1. смерть Застрахованої особи в результаті хвороби, вказаної в п. 8.2. Договору.

6.1.2. стійка втрата працездатності (встановлення 1-ої групи, 2-ї групи інвалідності) Застрахованої особи в результаті хвороби, вказаної в п. 8.2. Договору.

6.1.3. тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, вказаної в п. 8.2. Договору, у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування та/або проведення хірургічного втручання.

7. Страховим випадком визнаються наслідки хвороби, вказаної в п. 8.2. Договору, вперше діагностованої (за винятком подій, зазначених у розділі 12 Договору), підтверджені документами, виданими компетентними установами (медичними закладами та ін.) у встановленому законодавством порядку.

8. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. РОЗМІР СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ І СТРОКИ ЙОГО СПЛАТИ.

8.1. Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	1000,00 грн. (Одна тисяча грн. 00 коп.)
8.2. Діагнози хвороб	Код за міжнародною класифікацією хвороб 10
СНІД	B20-B24 0
Гепатит	B16-B19
8.3. Страховий тариф, %	1,6%
8.4. Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	16,00 грн.
8.5. Кількість застрахованих осіб по Договору	383 осіб (триста вісімдесят три)
8.6. Загальний страховий платіж за Договором, грн.	6 128,00 (Шість тисяч сто двадцять вісім) гривень 00 копійок
8.5. Умови сплати страхового платежу	Одноразово, не пізніше 5 робочих днів від дати укладання Договору.
9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ	з 00 год. 00 хв. « ____ » червня 2023 року до 24 год. 00 хв. « ____ » червня 2024 року

9.1. Зобов'язання Страховика за цим Договором виникає через 180 (сто вісімдесят) календарних днів після зарахування страхового платежу (його частини) на поточний рахунок Страховика

9.2. В разі несплати страхового платежу у визначений строк цей Договір вважається таким, що не набув чинності.

9.3. У разі сплати страхового платежу у неповному обсязі, Страховик до закінчення періоду страхування несе відповідальність пропорційно відношенню сплаченого до нарахованого за цей період платежу, та відповідно зменшує розмір страхового відшкодування.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право: а) ознайомитись з Правилами та умовами страхування; достроково припинити дію Договору страхування відповідно до п. 17.2.1. цього Договору; б) отримати дублікат даного Договору в разі його втрати; в) оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або розмірі страхової виплати, здійсненої Страховиком при настанні страхового випадку.

10.2. Страховик має право: а) достроково припинити дію Договору відповідно до п. 17.2.2. цього Договору; б) за домовленістю із Страхувальником внести зміни до умов даного Договору, про що укладається Додаткова угода; в) вимагати від Страхувальника та Застрахованої особи виконання умов цього Договору; г) перевіряти повідомлену Страхувальником Застрахованою особою інформацію; д) отримувати будь-яку інформацію медичного характеру, що стосується страхового випадку, про Застраховану особу від медичного закладу, аб іншої особи, яка надавала Застрахованій особі медичні послуги; е) надсилати запити до компетентних органів (медичних, правоохоронних та інших) про надання інформації (в том числі конфіденційної відносно Застрахованої особи), необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку; є) запитувати у Страхувальника під час дії цього Договору будь-яку інформацію про зміни обставин, що мають значення для оцінки ймовірності настання страхового випадку; ж) проводити незалежну перевірку обставин страхового випадку; з) відмовити у здійсненні страхової виплати згідно із умовами Розділу 16 цього Договору

10.3. Застрахована особа має право: а) скористатися правами Страхувальника, передбаченими цим Договором; б) отримати страхову виплату на умовах цього Договору

10.4. Страхувальник зобов'язаний: а) виконувати умови цього Договору; б) при укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, ц мають істотне значення для оцінки страхового ризику; в) при укладанні Договору надати Страховику результати рентгенографічного дослідження органів грудної клітини, я проводились не раніше одного року з дати початку дії Договору; г) протягом дії Договору в письмовому вигляді інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом 2 днів, з моменту, коли йому стали відомі такі обставини, д) своєчасно та в повному обсязі сплачувати Страховий платіж, обумовлений у даному Договорі е) інформувати Страховика про всі інші договори страхування, укладені щодо предмета договору; є) дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускаючи передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам.

10.5. Страховик зобов'язаний: а) ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування, протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати; б) після одержання усіх необхідних, належним чином оформлених, документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату в терміни, визначені умовами даного Договору в) у разі несвочасного здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність у вигляді пені у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за я сплачується пеня; г) забезпечувати конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу і не розголошувати її окрім випадків, коли розкриття такої інформації обумовлено необхідністю надання медичної допомоги або вимогами чинного законодавства України

10.6. Застрахована особа зобов'язана: а) виконувати умови даного Договору; б) протягом дії Договору в письмовому вигляді інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом 2 календарних днів, з моменту, коли йому стали відомі такі обставини; в) інформувати Страховика про всі інші договори страхування, укладені щодо предмета Договору

11. ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК
Пр. СТ «Страхова компанія «Місто» 21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25, тел. 0432 508-108 № рахунку: UA5235100500002605642264850 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005, код ЄДРПОУ 33295475	КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВІННИЦЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1" м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 96 АБ "Укргазбанк" м.Київ IBAN UA103204780000026007924447108, ЄДРПОУ 05484126 тел. 0432 465234
Фахівець зі страхування М.П. Оксана НЕЧАЙ	Директор М.П. Костянтин ЛІВАКОВСЬКИЙ