 **ЕЛЕКТРОННИЙ ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я НА**

**ВИПАДОК ХВОРОБИ "СТОП.КОРОНАВІРУС" (нерезиденти) №** ${orderNumber}

ПрАТ "СК "Провідна"

**ЧАСТИНА 1.** пр-т Повітрофлотський, 25, м. Київ, 03049, Україна, тел./tel. +38 (044) 284-10-30

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ЗАГАЛЬНІ УМОВИ** | Правила добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби № 10402 від 09 грудня 2008 р., ліцензія серії АВ № 520905 від 16.02.2010 р. | | | | | | | | | | |
| Цей Договір укладено на підставі електронної заяви Страхувальника щодо Публічної пропозиції (Оферти) ПрАТ «СК «ПРОВІДНА» на укладання електронного договору добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби "СТОП.КОРОНАВІРУС" (нерезиденти) (далі – Публічна пропозиція), яка розміщена на сайті Страховика www.providna.ua в електронній формі, і Пропозиції (Оферти) ПрАТ «СК «ПРОВІДНА» на укладання електронного договору добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби "СТОП.КОРОНАВІРУС" (нерезиденти)(далі – Пропозиція (Оферта)), які є невід`ємними частинами цього Договору. Підписанням цього Договору Страхувальник акцептує Пропозицію (Оферту). | | | | | | | | | | | |
| **СТРАХОВИК** | **Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «ПРОВІДНА»** | | | | | | | | | | |
| Адреса | Місцезнаходження: 03049, м. Київ, Повітрофлотський пр., 25, [www.providna.ua](http://www.providna.ua).  Адреса для звернення: 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122, тел./факс: (044) 284 10 30. | | | | | | | Телефон  Контакт-центру | | **0 800 50 45 45** | |
| в особі | Заступника Голови Правління Ваганової Олени Олександрівни | | | | | | | що діє на підставі | | Довіреності № 20/308 від 18.08.2020 р. | |
| Банківські реквізити | Код ЄДРПОУ 23510137  Рахунок № UA303206490000026500052600973 в ФІЛІЇ "РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР" ПАТ КБ "ПРИВАТБАНК" | | | | | | | | | | |
| **Страхувальник** | Дата народження | | | Паспорт | Адреса | | | | | | Телефон |
| ${fio} | ${birthday} | | | ${passport} | ${adress} | | | | | | ${phone} |
| **Строк дії Договору** | **з** | ${dateFrom} | | | **Місце (територія)**  **дії Договору** | | **Україна**, крім населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження. | | | | |
|  | **по** | ${dateTo} | | |  | |  | | | | |
| Договір набирає чинності та страховий захист починає діяти з дня, зазначеного у пункті «Строк дії Договору», але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за датою сплати страхового платежу. | | | | | | | | | | | |
| **Застрахована особа (ЗО)** | **Дата народження** | | | **Паспорт** | **Адреса** | | | | | | **Телефон** |
| ${insFio} | ${insBirthday} | | | ${insPassport} | ${insAdress} | | | | | | ${insPhone} |
| **Місце роботи ЗО, посада** |  | | | | | | | | | | |
| **Вигодонабувач** | Згідно законодавства | | | | | | | | | | |
| За цим Договором Страховик бере на себе зобов’язання у разі настання страхового випадку здійснити згідно з чинним законодавством України страхову виплату одержувачу страхової виплати в порядку і на умовах, визначених цим Договором та Правилами, а Страхувальник зобов’язується сплатити страховий платіж у визначений Договором строк та виконувати інші умови Договору. | | | | | | | | | | | |
| 1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. Перелік СТРАХОВих ризиків та випадків** | | | | | | | | | | | |
| * 1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов’язані з життям, здоров’ям та працездатністю Застрахованої особи. | | | | | | | | | | | |
| * 1. Страховим ризиком є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності і випадковості настання, а саме – інфікування вірусом SARS-CoV-2, код МКХ-10: U07.1 2019-nCoV (COVID-19), що підтверджено лабораторними дослідженнями, а саме генодіагностики (ПЛР-діагностика вірусної РНК). Датою настання зазначеної події (страхового ризику) вважається дата встановлення ЗО діагнозу щодо інфікування зазначеним вірусом на підставі лабораторних досліджень.   2. Страховим випадком є подія, передбачена цим Договором, яка відбулася із ЗО, з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити страхову виплату ЗО або Вигодонабувачу, у випадку наступних наслідків події:      1. Смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби - гострої респіраторної інфекції, викликаної коронавірусом SARS-CoV-2, код МКХ-10: U07.1 2019-nCoV (COVID-19), яка вперше розвинулась і діагностована в період дії Договору страхування, за винятком випадків, які не є страховими випадками відповідно до розділу 3 Частини 2 Договору.      2. Стаціонарне лікування Застрахованої особи протягом не менше 5 (п’яти) діб в результаті хвороби - гострої респіраторної інфекції, викликаної коронавірусом SARS-CoV-2, код МКХ-10: U07.1 2019-nCoV (COVID-19), що вперше розвинулась і діагностована в період дії Договору страхування, за винятком випадків, які не є страховими випадками відповідно до розділу 3 Частини 2 Договору. | | | | | | | | | | | |
| 1. **варіант страхування. РОЗРАХУНОК СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ** | | | | | | | | | | | |
| **Страхова сума, грн.** | | | | | | | ${sumInsured} | | | | |
| **Страховий тариф, %** | | | | | | | ${insuranceRate} | | | | |
| **Страховий платіж, грн.** | | | | | | | ${insurancePayment} | | | | |
| **Страховий платіж за Договором у розмірі** | | | ${totalPrice} | | | **гривень** | **підлягає сплаті**  **одноразово в строк до** | | ${dateFrom} | | |
| Якщо Страхувальник не сплатив або сплатив не в повному обсязі страховий платіж у термін, визначений Договором, Договір вважається таким, що не набрав чинності. | | | | | | | | | | | |
| Договір підписано Страхувальником електронним підписом за направленим Страховиком одноразовим ідентифікатором на мобільний телефон або електронну пошту Страхувальника та введення Страхувальником отриманого одноразового ідентифікатора. Сторони домовились про те, що Страховиком договір підписано з використанням факсимільного відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворенням відбитка печатки Страховика технічними друкувальними приладами, відповідно до пропозиції про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки, зазначеної в Пропозиції (Оферті), акцептованої Страхувальником.  Цей Договір є публічним договором у розумінні ст.633 Цивільного кодексу України, тому підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує згоду, що умови Публічної пропозиції розміщені на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет за адресою [www.providna.ua](http://www.providna.ua) в електронній формі, не перешкоджають правильному розумінню їх змісту та є захищеними від внесення будь-яких змін до них.  Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору йому була надана Страховиком інформація, передбачена ч. 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», відомості, визначені ч. 2 статті 12 Закону України «Про захист персональних даних», та підтверджує, що ознайомлений з Правилами добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби № 10402 від 09 грудня 2008 р , що розміщені на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет за адресою www.providna.ua, а також з умовами страхування зазначеними в Публічній пропозиції.  Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком своїх персональних даних, в т.ч. персональних даних, що стосуються стану здоров’я, та підтверджує, що отримав згоду Застрахованих осіб на страхування, на обробку Страховиком їх персональних даних, в т.ч. персональних даних, що стосуються стану здоров’я, та на зняття з лікарів будь-якої відповідальності за дотримання лікарської таємниці у разі необхідності надання Страховику додаткової інформації про захворювання.  Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що Застрахована особа не є особою, зазначеною у пункті 3.1 Частини 2 Договору.  Страхувальник підтверджує згоду, що Частина 2 Договору розміщена в мережі Інтернет за адресою <https://epolicy.com.ua/wp-content/plugins/covid/order-print/electronic-form/5_providna/oferta.docx> в електронній формі, що не перешкоджає правильному розумінню її змісту та є захищеною від внесення будь-яких змін до неї. | | | | | | | | | | | |
| Дата виписки | | | Страхувальник, мп | | | | Страховик, мп | | | | |
| ${orderDate} | | |  | | | |  | | | | |
| **АДРЕСА ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ ДО СТРАХОВИКА** | | | | | | | | | | | |
| **01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122, тел./факс: (044) 284 10 30, 0 800 50 45 45, www.providna.ua** | | | | | | | | | | | |