

2610

 ДОГОВІР страхування медичних працівників на випадок захворювання на вірусний гепатит В, ВІЛ-інфекцію та СНІД № 04\12-835-3619		2730 НС84
м. Київ		24 серпня 2023 р.
1. Страховик	Товариство з додатковою відповідальністю Страхова компанія «Альфа-Гарант», в особі Казанцевої В. Ф., що діє на підставі довіреності 12/835-13 від 02.01.2023 р., ліцензій Держфінпослуг АВ № 299017 від 07.11.2006 р., Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованих Держфінпослуг 07.11.2006р., (далі - Правила)	
2. Адреса, телефон	01133, Україна, м. Київ, бульвар Лесі Українки, 26, тел. (044) 591-63-20.	
3. Предмет договору страхування	Предметом договору страхування (далі - Договор) є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, <i>код ОК 021-2015: 6651 0000 - 8 „Страхові послуги“</i>	
4. Страхувальник (назва, адреса)	Комунальне некомерційне підприємство « Центр Первинної Медико-санітарної допомоги» Богданівської Сільської Ради Дніпропетровської області», 51400 м. Павлоград, вул. Плеханова, буд.9, ЄДРПОУ 37735655	
Страховик та Страхувальник надалі по тексту Договору іменуються «Сторони».		
5. Застрахована особа (ПІБ, дата народження, адреса)	Працівники Страхувальника згідно Додатку № 1 до цього Договору	
6. Вигодонабувач (в разі настання страхового випадку згідно з п. 13.3)	СПАКОСМІЦІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ЗГІДНО З ЧИННИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ	
7. Страхова сума, грн.	За цим Договором 116 000,00 (Сто шістнадцять тисяч) грн. 00 коп. На кожну Застраховану особу 1000 (Одна тисяча) грн. 00 коп.	
8. Страховий платіж, грн.	За цим Договором 3480,00 (Три тисячі чотириста вісімдесят) грн. 00коп. На кожну Застраховану особу 30 (Тридцять) грн.00 коп,	
9. Сплатити до:	10. Страховий тариф	3,0%
11. Строк дії Договору	Договір набуває чинності з «24 серпня» 2023 р. але не раніше 00.00 годин дня, наступного за датою сплати страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика, та діє до 24.00 годин «30 серпня» 2024 р.	
12. Територія дії цього Договору	Україна 12.1. Для Договору страхування не розповсюджується на територію зон військових конфліктів, зон проведення антитерористичних операцій, зон, що знаходяться під санкціями ООН, місцевостей, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, тимчасово окупованих територій України, у розумінні та визначенні наведеному в Законі ВР України від 15.04.2014 за № 1207-VII «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України», районах проведення бойових дій, районах обмеженого та забороненого доступу, створених за рішенням Командувача Об'єднаних сил, згідно чинного законодавства України, та безпосередньо в районі проведення операцій об'єднаних сил.	
13. Страхові випадки (необхідне позначити V)		
13.1. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок захворювання на вірусний гепатит В, ВІЛ-інфекцію та СНІД, якщо інфікування вірусним гепатитом В та ВІЛ відбулося при виконанні Застрахованою особою службових обов'язків під час дії цього Договору.	V	
13.2. Стійка втрата працездатності Застрахованою особою (інвалідність I,II,III групи) внаслідок захворювання на вірусний гепатит В, ВІЛ-інфекцію та СНІД, якщо інфікування вірусним гепатитом В та ВІЛ відбулося при виконанні Застрахованою особою службових обов'язків під час дії цього Договору	V	
13.3. Смерть Застрахованою особою внаслідок захворювань, зумовлених розвитком вірусного гепатиту В, СНІДу, якщо інфікування вірусним гепатитом В та ВІЛ відбулося при виконанні Застрахованою особою службових обов'язків під час дії цього Договору	V	
14. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування	14.1. Не можуть бути застрахованими особи: 14.1.1. що знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах; 14.1.2. інваліди I-II груп. 14.2. Якщо Застрахована особа під час дії Договору стала особою, що не може бути застрахованою згідно з п. 14.1.1 Правил добровільного страхування на випадок хвороби, договір страхування відносно цієї особи припиняється. 14.3. Страховими випадками не визнаються: 14.3.1. захворювання, якщо вони зареєстровані медичним закладом на протязі першого місяця після набуття чинності договором страхування; 14.3.2. хвороба, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності договором страхування, 14.3.3. якщо інфікування вірусним гепатитом В та ВІЛ Застрахованої особи відбулося не під час виконання службових обов'язків. 14.4. Не є страховим випадком смерть Застрахованої особи внаслідок подій, зазначених у пункті 14.3 Договору.	
15. Права та обов'язки Сторін	15.1. Страхувальник/Застрахована особа має право: -достроково припинити дію цього Договору на умовах, передбачених цим Договором; -вимагати від Страховика дотримання конфіденційності відносно будь-якої інформації щодо цього Договору; -ініціювати внесення змін та доповнень до цього Договору; -отримати страхову виплату на умовах цього Договору. - отримати дублікат Договору страхування в разі його втрати на підставі письмової заяви про це, при цьому втрачений оригінал вважається недійсним з дати, коли Страхувальнику стало відомо про таку втрату 15.2. Страховик має право: -при укладанні цього Договору запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеня ризику та перевіряти її; -на отримання від Страхувальника додаткового платежу в разі зміни ступеня ризику; -достроково припинити дію цього Договору на умовах, передбачених цим Договором; -робити запити у компетентні органи відносно причин, обставин та наслідків захворювання, а також приймати участь в роботі комісії по розслідуванню обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком; -в разі, якщо однією із Сторін або відповідними державними органами проводиться розслідування причин та обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, відстрочити складання страхового акту або прийняття рішення про відмову у страховій виплаті до закінчення такого розслідування. 15.3. Обов'язки Страхувальника/Застрахованої особи: -своєчасно вносити страхові платежі (стосується Страхувальника); -протягом 48 (сорока восьми) годин з моменту зміни ступеня страхового ризику повідомити Страховика про такі зміни; -при настанні страхового випадку діяти згідно з п.16 цього Договору; -Страхувальник та Застраховані особи зобов'язані виконувати інструкції МОЗ та інші нормативно-правові акти щодо профілактики внутрішньо-лікарняного та професійного зараження вірусними гепатитами та ВІЛ-інфекцією; -вжити заходів по запобіганню та настанню страхового випадку. 15.4. Обов'язки Страховика: -ознайомити Страхувальника з умовами страхування і Правилами; -протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;	

	-при настанні страхового випадку протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів скласти страховий акт або відмовити у страховій виплаті; -протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня складання страхового акту здійснити страхову виплату; -письмово повідомити Страховальника і Застраховану особу про відмову у страховій виплаті протягом 10-ти (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови; -не розголошувати відомостей про Страховальника і Застраховану особу та їх майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
16. Дії у разі настання страхового випадку	У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страховальник, Застрахована особа. Вигодонабувач або спадкоємці Застрахованої особи повинні протягом 2-х (двох) робочих днів з дня, коли стало відомо про таку подію, сповістити Страховика про її настання по телефону, факсом, листом тощо, та протягом 30 (тридцяти) календарних днів подати Страховику письмову заяву. Цілодобовий сервісний центр: 0-800-501-710 (безкоштовний по Україні зі стаціонарних телефонів), (044)-591-63-14 (15,16,17,18), моб. 095-277-74-97
17. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати	Для отримання страхової виплати Страховальник, Застрахована особа, (у разі її смерті - спадкоємці Застрахованої особи згідно з чинним законодавством) повинні надати Страховику наступні документи: -заяву на страхову виплату; -оригінал цього Договору; -документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, підписані відповідальною особою та завірені відповідною печаткою медичної установи, що проводила діагностування) -довідку медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності Застрахованій особі та визнання захворювання професійним; -оригінал або нотаріально завірену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи; -документ, що посвідчує особу Страховальника, Застраховану особу, її спадкоємців, довідку про присвоєння ідентифікаційного коду; -інші документи на вимогу Страховика, що мають значення для підтвердження факту настання події, що може бути визнана страховим випадком.
18. Порядок внесення змін в цей Договір та припинення його дії	18.1. Всі зміни та доповнення до цього Договору оформлюються додатковою угодою до цього Договору. 18.2. Дія цього Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, за ініціативою однієї із Сторін, а також в інших випадках, передбачених статтею 28 Закону України „Про страхування”. 18.3. Порядок дострокового припинення дії цього Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно із статтею 28 Закону України „Про страхування”.
19. Підстави для відмови у страховій виплаті	19.1. Навмисні дії Страховальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача або спадкоємців Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України. 19.2. Вчинення Страховальником-фізичною особою, Застрахованою особою або спадкоємцями Застрахованої особи умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку. 19.3. Подання Страховальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку. 19.4. Несвоєчасне повідомлення, несвоєчасна подача заяви Страховальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків. 19.5. Якщо подія, що може бути визнана страховим випадком, сталася внаслідок дій Застрахованої особи, за що вона відповідно до чинного законодавства несе кримінальну відповідальність. 19.6. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України
20. Порядок розрахунку розміру страхової виплати.	20.1. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 13.1 цього Договору, Страховик здійснює Застрахованій особі страхову виплату у відсотках від страхової суми: 20.1.1. у разі тимчасової непрацездатності Застрахованим при безперервному амбулаторному лікуванні більше 10 днів – 0,3% від страхової суми за кожний день непрацездатності, встановленої лікувальним закладом, але не більше, ніж за 120 днів; 20.1.2. при перебуванні на безперервному стаціонарному лікуванні Застрахованого в медичному закладі більше 3 днів – 0,4% від страхової суми за кожний день перебування в стаціонарі, але не більше, ніж за 120 днів. 20.2. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 13.2 цього Договору, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі в таких відсотках від страхової суми: 20.2.1. у разі встановлення Застрахованому I-ої групи інвалідності - 90 % від страхової суми; 20.2.2. у разі встановлення Застрахованому II-ої групи інвалідності - 70 % від страхової суми; 20.2.3. у разі встановлення Застрахованому III-ої групи інвалідності - 50 % від страхової суми. 20.3. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 13.3 цього Договору спадкоємцям Застрахованої особи виплачується 100% страхової суми. 20.4. В будь-якому разі загальна сума виплат за Договором не може перевищувати страхової суми. 20.5. Якщо сума виплат досягла страхової суми, то дія договору страхування для такої Застрахованої особи припиняється.
21. Відповідальність Сторін	21.1. В разі невиконання або неналежного виконання зобов'язань, передбачених цим Договором, Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України. 21.2. При несвоєчасному здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний сплатити пеню у розмірі подвійної облікової ставки НБУ від суми страхової виплати за кожний день прострочення
22. Інші умови	22.1. Всі спори між Сторонами по цьому Договору вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – у порядку, передбаченому чинним законодавством України. 22.2. Підписанням цього Договору Страховальник надає згоду на обробку своїх персональних даних та підтверджує, що отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права згідно Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010р.. Страховальник підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб згоду на обробку їх персональних даних Страховиком та надав їм письмові повідомлення про їх права згідно Закону України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010р. 22.3. Своім підписом підтверджую належність до неприбуткової або благодійної організації, вказати так чи ні <u>ні</u> (для юридичних осіб). 22.4. Страховальник підтверджує, що ТДВ СК „Альфа-Гарант” до укладення цього Договору надала йому в повному обсязі інформацію, зазначену в частині другій статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг. 22.5. Цей Договір укладений українською мовою у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

СТРАХОВИК ТДВ СК „АЛЬФА-ГАРАНТ” 01133, Україна, м. Київ, бул. Лесі Українки, 26 ІПН: 3422180935 Код ЄДРПОУ 37735655 /Казанцева В. Ф./ МП (підпис) (ПІБ)	СТРАХУВАЛЬНИК Згідно з умовами, викладеними на обох сторінках Договору ознайомлений і погоджується «Комунітальне некомерційне підприємство «Центр Первинної Медико-санітарної допомоги» Дніпровської міської Ради Дніпропетровської області» ІПН: 3422180935 Код ЄДРПОУ 37735655 /Смеловська Л. В./ МП (підпис) (ПІБ)
---	---

№ з/п	Прізвище, ім'я, по-батькові	Дата народження	Адреса	Займана посада	Відділення, де працює співробітник
1	Марченко Раїса Вікторівна				Іл «Троїцька амбулаторія дицини» КНП «Центр «помоги» Богданівської ласті» дський район,
2	Андросова Марина Анатоліївна				ідрозділ «Межирицька імейної медицини імені СНП «Центр первинної анівської сільської ради дський район,
3	Тарасенко Микола Євгенійович				Іл «Троїцька амбулаторія ицини» КНП «Центр «помоги» Богданівської асті» ський район,
4	Костенко Олена Дмитрівна				Іл «Троїцька амбулаторія ицини» КНП «Центр «помоги» Богданівської асті» ський район,
5	Малюта Лілія Вадимівна				Іл «Троїцька амбулаторія ицини» КНП «Центр «помоги» Богданівської асті» ський район,
6	Крупська Антоніна Пєтрівна				Іл «Троїцька амбулаторія ицини» КНП «Центр «помоги» Богданівської асті» ський район,
7	Котівець Ірина Олександрівна				Іл «Троїцька амбулаторія ицини» КНП «Центр «помоги» Богданівської асті»
8	Марченко Олена Володимирівна				аторія Центр ської
9	Бондаренко Аліна Юріївна				аторія Центр ської
10	Зайцева Наталія Володимирівна				аторія Центр вської
11	Висторопська Тетяна Олександрівна				аторія Центр вської
12	Костенко Людмила Олександрівна				аторія Центр вської

К О Н Ф І Д Е Н Ц І Й Н А
І Н Ф О Р М А Ц І Я

КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

01133, Україна, м. Київ, бул. Лесі Українки, 20

UA54882830000000000000000000000043653

"ПриватБанк"

№ 43

Договір

Казанцева В. Ф./

МП (підпис)

ТДВ Страхова компанія "АЛЬФА-ГАРАНТ"

Р/р: UA 34 380838 0000026509700443653

Рахунок № 04\12-835-3619

МФО: 380838

Код: 32382598

" " серпня 2023 р.

Банк: АТ "Правекс-Банк"

Адреса: м. Київ, вул. Андріївська, 2/12

Платник:

КНП "ЦЕНТР ПМСД" БСР ДО"

	Послуги	Од	Кол	Ціна без ПДВ	Сума б/ПДВ
1	Страховий платіж згідно Договору страхування медичних працівників на випадок захворювання на вірусний гепатит В, ВІЛ-інфекцію та СНІД № 04\12-835-3619 від р., Без ПДВ		116	3480,00	3480,00
	Без ПДВ (ПДВ зі страхових платежів не стягується!)				
	Загальна сума				3480,00
	Всього по рахунку:			Три тисячі чотириста вісімдесят грн., 00 коп	



Казанцева В.Ф.

г.р. Буяченко
30 серпня

40 30.08.
40.30