

ДОГОВІР особистого страхування членів пожежно-рятувальних підрозділів (індивідуальна частина)	№		дата укладення	
	ОС1-24-____		____	____ 20__ р.

1. СТРАХОВИК:	Приватне акціонерне товариство “Страхова компанія “Сузір’я”
юридична адреса:	03067, м. Київ, вул. Гарматна, 6
фактична адреса:	03113, м. Київ, пров. Артилерійський, 7-9, к.42, 43/44
контактні телефони:	+38/050/ 331-11-17; +38/050/331-11-12; /044/ 239-29-97; /044/ 239-29-94, http://www.suzirya.com.ua/index.php/kontakty
e-mail:	suzirya94@ukr.net або suzirya2008@ukr.net
в особі :	заступника голови правління Прусової Юлії Віталіївни
що діє на підставі :	Довіреності №013/23 від 26.12.2023 р.
2. СТРАХУВАЛЬНИК:	
в особі :	
що діє на підставі :	
адреса реєстрації:	
контактний телефон:	
e-mail:	

далі разом по тексту – Сторони, а кожен окремо – Сторона, відповідно до Закону України "Про страхування", ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (Витяг Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 17.06.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа, а саме: "Діяльність із страхування (пряме страхування)", Загальних умов страхового продукту «Особисте страхування членів пожежно-рятувальних підрозділів», що є пропозицією-офертою (далі – ЗУСП-1-ДПРП-Оферта), затверджених Рішенням Правління від 17.06.2024 р. з датою початку дії з 01.07.2024 р. та розмішених на офіційному веб-сайті Страховика за посиланням: <http://www.suzirya.com.ua/index.php/poslugi>, уклали цей Договір особистого страхування членів пожежно-рятувальних підрозділів (далі – Договір страхування) за Класом страхування 1 «Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»:

3. ВИГОДОНАБУВАЧ:	Згідно чинного законодавства України. Застрахована особа (Спадкоємець) згідно Заяви (додаток №1 та №2 до ЗУСП-1-ДПРП-Оферта)
Юридична адреса:	-
згідно документу	Заява (додаток №1 та №2 до ЗУСП-1-ДПРП-Оферта)

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з Об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених в цьому Договорі страхування.

5. ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик приймає під страховий захист життя і здоров'я членів пожежно-рятувальних, які виконують згідно з чинним законодавством України функції по гасінню пожеж та ліквідації наслідків аварії, згідно із списком (додаток №1 та №2 до ЗУСП-1-ДПРП-Оферта), що є невід'ємною частиною цього Договору страхування.

6. СТРАХОВІ РИЗИКИ/СТРАХОВІ ВИПАДКИ

6.1. Страхування здійснюється від таких страхових ризиків (випадків):

- 1) смерті Застрахованої особи під час виконання службових обов'язків по ліквідації пожежі або наслідків аварії, яка виконувала свої обов'язки згідно з наказом чи дорученням.
- 2) поранення (контузія, травма або каліцтво) одержані Застрахованою особою під час виконання службових обов'язків по ліквідації пожежі або наслідків аварії, яка виконувала свої обов'язки згідно з наказом чи дорученням.
- 3) захворювання, одержані Застрахованою особою під час виконання службових обов'язків по ліквідації пожежі або наслідків аварії, яка виконувала свої обов'язки згідно з наказом чи дорученням.

Страховими випадками є:

- 1) отримання Застрахованою особою I-ї групи інвалідності внаслідок страхового ризику;
- 2) отримання Застрахованою особою II-ї групи інвалідності внаслідок страхового ризику;
- 3) отримання Застрахованою особою III-ї групи інвалідності внаслідок страхового ризику;
- 4) тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок страхового ризику;
- 5) загибель (смерть) Застрахованої особи.

7. ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА, грн.

0,00

8. СТРОК ДІЇ	(рік/ днів)	з 00 ⁰⁰	«__»	__	20	р.	по 24 ⁰⁰	«__»	__	20	р.
---------------------	--------------------	--------------------	------	----	----	----	---------------------	------	----	----	----

Страховик _____

Страхувальник _____

8.1. Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної у п. 8 Договору як початок дії Договору страхування при умові, що страховий платіж або його перша частина (у разі сплати страхового платежу частинами) має бути сплачений до дати, передбаченої в п.11 Договору страхування.

8.2. Якщо до зазначених у п.11 цього Договору строків сплати на поточний рахунок Страховика страховий платіж або його перша частина (у разі сплати страхового платежу частинами) не надійде, або надійде не повністю, то дія Договору страхування почнеться з наступного банківського дня за днем надходження на розрахунковий рахунок Страховика страхового платежу або його першої частини (у разі сплати страхового платежу частинами) у повному обсязі, що зазначені у п. 11 цього Договору страхування.

8.3. При сплаті страхового платежу Страховальником частинами Страховик несе відповідальність пропорційно частині фактично сплаченого страхового платежу до страхового платежу за відповідний період страхування на умовах, зазначених у цьому Договорі страхування.

9. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %		10. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн.			
11. УМОВИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ					
11.1 При сплаті страхового платежу одноразово		Дата сплати страхового платежу, кінцева		«___»	_____ 20__р.
11.2 При сплаті страхового платежу частинами	Частина страхового платежу, грн.		Дата сплати частини страхового платежу, кінцева		
			____.____.20__ р.		
			____.____.20__ р.		
			____.____.20__ р.		

11.3 Страховальник сплачує страховий платіж в строки зазначені в п. 11 та з урахуванням умов відповідно пп.8.1-8.2 п.8, встановлених цим Договором страхування, у безготівковій формі за банківськими реквізитами Страховика, вказаними в п. 16 цього Договору страхування. У разі зміни банківських реквізитів Страховика в період дії цього Договору страхування, Страховик зобов'язаний повідомити Страховальника про зміну банківських реквізитів шляхом надання в письмовому або електронному вигляді повідомлення, що надсилається за вказаними реквізитами Страховальника в цьому договорі.

12. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ	територія України, яка на момент настання страхового випадку не є тимчасово окупованою територією та на якій присутні та функціонують місцеві органи влади та органи правопорядку України.
--------------------------	--

13. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ВИПЛАТИ

13.1 Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку та розміру шкоди, Страховик приймає рішення про здійснення виплати та складає страховий акт або приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

13.2. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складення страхового акту.

13.3 Страхова виплата/відшкодування здійснюється у разі встановлення Застрахованій особі:

- 1) 1-ої групи інвалідності – 100 відсотків страхової суми;
- 2) 2-ої групи інвалідності – 90 відсотків страхової суми;
- 3) 3-ої групи інвалідності – 70 відсотків страхової суми.
- 4) у разі загибелі або смерті Застрахованої особи - 100 відсотків страхової суми.
- 5) при тимчасовій втраті працездатності внаслідок страхового випадку Застрахованій особі виплачується 0,2 відсотка страхової суми за кожну добу, але не більш як 50 відсотків страхової суми

13.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страховальника (Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини.

13.5 Для отримання страхової виплати Страховальник (Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику:

- примірник договору страхування, що належить Страховальнику (при укладанні Договору страхування в паперовій формі);
- письмова заява про страхову виплату за формою Страховика;
- акт про нещасний випадок на виробництві (Н-1) (на вимогу Страховика) або інший документ від компетентних органів, що підтверджує факт настання нещасного випадку;
- документи, що відповідно до законодавства дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати;
- висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент страхового випадку (якщо її було направлено на такий огляд працівниками компетентного державного органу);
- у разі загибелі або смерті Застрахованої особи – свідоцтво про смерть; довідка лікувального закладу про

причину смерті; матеріали компетентних органів про розслідування причин смерті; документ, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

- у разі втрати Застрахованою особою працездатності – копія довідки медико-соціальної експертної комісії про ступінь втрати працездатності, засвідчена в нотаріальному порядку;

- у випадку втрати Застрахованою особою тимчасової працездатності – виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу, виписний епікриз, або довідку лікувально-профілактичного закладу встановленої форми, в якій мають бути зазначені місце та час настання нещасного випадку, дата та час звернення до медичного закладу, діагноз і характер травми, опис події, що призвела до настання нещасного випадку, листок непрацездатності, в якому вказано період, місце та характер лікування;

- інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання події, розміру завданої шкоди, без отримання яких, встановлення вищезазначених фактів є унеможливленим/вкрай ускладненим.

Копії документів, що подаються Страховику, повинні бути засвідчені у встановленому законом України порядку.

14. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ

14.1 Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Інформаційного центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

14.2 У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту sizirya94@ukr.net, (адреса для листування: 03067, м. Київ, вул. Гарматна, 6 або 03113, м. Київ, а/с № 10 отримувач ПрАТ «СК «СУЗІР'Я»). Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) Споживачів, розміщений за посиланням: <http://www.suzirya.com.ua/index.php/rozkrittya-informatsiji>

14.3 Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав, як споживача фінансових послуг, за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду. Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: 0 800 505 240. E-mail: nbu@bank.gov.ua, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

14.4 Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: (044) 279-12-70. E-mail: gu@dpss.gov.ua, Web-сайт: www.dpss.gov.ua

15. ІНШІ УМОВИ

15.1 Частка витрат (на ведення справи), пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього Договору страхування Страховиком встановлюється в розмірі до п'ятдесяти відсотків від страхового платежу по цьому Договору страхування. Продовження строку дії цього Договору страхування не передбачається.

15.2 Підписанням цього Договору страхування Страхувальник підтверджує, що вся інформація, надана під час його укладення є повною і достовірною, приєднується до ЗУСП-1-ДПРП-Оферти та погоджується дотримуватися умов, викладених в них, в тому числі Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком його персональних даних.

15.3 Договір страхування, що є першим, основним або яким встановлюються ділові відносини, укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін або у формі електронного документа з проставленням особи кваліфікованого електронного підпису (КЕП), удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного часу) особи, уповноваженої Страховиком на підписання Договорів страхування, та електронного підпису Споживача.

15.4 Страховик несе майнову відповідальність за прострочення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику (Вигодонабувачу) пені в розмірі 0,01% від несвоєчасно сплаченої суми за кожен день прострочення, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

15.5 Цей Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, що не є страховими. Інші істотні умови цього Договору страхування, передбачені ст.982 Цивільного кодексу України та ст.89 Закону України "Про страхування", містяться в ЗУСП-1-ДПРП-Оферті.

16. РЕКВІЗИТИ СТОРІН

СТРАХОВИК

код ЄДРПОУ 22891956

СТРАХУВАЛЬНИК

Код ЄДРПОУ

Рахунок (IBAN): UA253057490000026501000000096
АТ "БАНК КРЕДИТ ДНІПРО" м. Київ
МФО 305749

Рахунок (IBAN): _____

МФО _____

17. ПІДПИСИ СТОРІН**СТРАХОВИК**

_____/_____/_____
М.П.

СТРАХУВАЛЬНИК

_____/_____/_____
М.П.

Примітка: Формулювання для заповнення платіжного доручення: "Страховий платіж згідно Договору страхування №ОС1-24-_____ від __.____. 202__р. Без ПДВ."

ЗАЯВА НА СТРАХУВАННЯ

працівників підприємства – членів пожежно-рятувальних підрозділів

_____ в особі _____ просить застрахувати життя і здоров'я працівників підприємства – членів пожежно-рятувальних підрозділів (у кількості _____ (_____) осіб у відповідності із списком.

СПИСОК ОСІБ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ СТРАХУВАННЮ

№п/п	Прізвище, ім'я, по-батькові, дата народження	Дата народження	Серія, № паспорту, дата, ким виданий	Реєстраційний номер облікової картки платника податків	Громадянство	Адреса місця проживання або місця тимчасового перебування в Україні	Посада
1							
2							
3							
4							
5							

Підпис керівника _____ / _____ /

М.П. " _____ " _____ 20__ р.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

№п/ п	Прізвище, ім'я, по-батькові, дата народження	Посада	Страхова сума, грн.	Страховий тариф, %	Страховий платіж, грн.
1	2	3	4	5	6

Всього застраховано _____ (_____) осіб.

Загальний страховий платіж за Договором страхування складає: _____
(_____) гривень.

СТРАХОВИК

_____/_____/_____

М.П.

СТРАХУВАЛЬНИК

_____/_____/_____

М.П.