

Канал продажу

код

Страховик

ПрАТ «Страхова компанія «ГЛОБАЛІС ІНШУРЕНС СОЛЮШЕНС». Юридична адреса: 01024, м. Київ, вул. Лютеранська, буд. 13, оф. 19.

Страховальник	Прізвище Імя батькові		Прізвище, ім'я, по-батькові																																					
	Адреса	проживання, sadasd, 111, 11																																						
	адреса постійного проживання (вулиця, будинок, квартира, місто)										поштовий індекс																													
	Дата народження	1	1	1950	ідентифікаційний номер																																			
		день	місяць	рік	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
	Паспорт	серія										номер										ким та коли виданий																		
		день										місяць										рік																		
Застрахована особа / Вигодонабувач	<input type="checkbox"/> Позначити «Х», якщо Страховальник є Застрахованою особою																																							
	Прізвище Імя батькові		Прізвище, ім'я, по-батькові																																					
	Адреса	проживання, sadasd, 111, 11																																						
	адреса постійного проживання (вулиця, будинок, квартира, місто)										поштовий індекс																													
	Дата народження	1	1	1950	ідентифікаційний номер																																			
		день	місяць	рік	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																									
	Паспорт	серія										номер										ким та коли виданий																		
	Телефон	+380672321321										день										місяць										рік								

Страховик та Страховальник (надалі Сторони) уклали цей договір добровільного медичного страхування (надалі Договір) відповідно до Правил № 5 добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (надалі Правила) та Закону України «Про страхування». Цей Договір складається з Частини А та Частини Б, що не діють одна без одної. Частина Б Договору розміщена на сайті Страховика за посиланням <https://globalis.com.ua/> і є публічною офертою. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать Закону України, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованих осіб. Страховим випадком є факт одержання Застрахованою особою послуг медичної та/або профілактичної допомоги у межах та в обсязі обраної Програми страхування під час дії Договору у медичному, фармацевтичному або профілактичному закладі за направленням Асистанського центру Страховика або, якщо це передбачено Програмою страхування, без направлення Асистанського центру Страховика з профілактичною метою та/або з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку, що виникли під час дії Договору.

Програма страхування	Комплексная-1 1-04
Страхова сума, грн.	1250
Страховий тариф	0.125
Страховий платіж, грн.	10000
Стационарна допомога невідкладна	В, С, D
Швидка медична допомога	A+
Стоматологія невідкладна, ліміт у грн.	Ні
Відшкодування 100% витрачених за власний рахунок коштів на медичні послуги	Так

Строк дії Договору	з					по							
		годин	хвилин	день	місяць	рік		год.	хвилин	день	місяць	рік	

Не вважається страховим випадком звернення Застрахованої особи до медичного, фармацевтичного або профілактичного закладу з профілактичною метою та/або з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати початку строку дії Договору, окрім випадків, що потребують надання невідкладної медичної допомоги в рамках програми «Швидка медична допомога» та «Невідкладна стаціонарна допомога».

Договір діє на території України (за виключенням тимчасово окупованих територій та зони проведення операції об'єднаних сил).

Страхові платежі сплачуються в національній валюті України.

Договір вступає в дію з дати сплати страхової премії (або її частини), але не раніше початку строку дії Договору.

Днем сплати Страховальником страхової премії (або її частини) є день надходження відповідних грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

Підписи Сторін

З умовами страхування та Правилами ознайомлений та згоден.

Страховик		Страховальник	
		Прізвище Імя батькові	
П.І.Б.		підпис	підпис
	М.П.		