

ПРОПОЗИЦІЯ №004-1
щодо укладення електронного договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за програмою «COVID для іноземців»

(далі – Пропозиція) редакція від 01.09.2021 р.

(Публічна частина Договору)

Ця Пропозиція є офіційною публічною офертою Страховика, що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти електронний договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його Страхового агента.

За цією Пропозицією до вибору Страхувальнику пропонуються такі варіанти страхування:

Страхові випадки	Страхові суми, грн				
	10 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €
<i>Стационарне лікування Застрахованої особи внаслідок Захворювання на пневмонію, що викликана SARS-CoV-2 (COVID-19)</i>	Вік застрахованої особи		Виплата, % від страхової суми за один день стаціонарного лікування		
	1-30 років		2,00%		
	31-45 років		1,50%		
	46-60 років		1,00%		
61-70 років		0,75%			
<i>Захворювання на COVID-19, що спричинило смерть Застрахованої особи</i>	100 % страхової суми				

Істотні умови страхування:

1. СТРАХОВИК – АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПОІНТ», адреса 03066, м. Київ, вул. Максимовича Михайла, 8, код ЄДРПОУ – 32670627 (надалі – Страховик), свідоцтво НБУ про реєстрацію фінансової установи серія СТ № Б0000196 від 23.03.2021, IBAN UA 82 300528 0000026503000000071; ліцензія на здійснення добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) серія АВ № 546432 строком дії з 23.11.2006 – безстрокова; Веб-сторінка в мережі Інтернет <http://opika.org/>; Контактний телефон Страховика для врегулювання страхових випадків – **0 800 75 56 25**.

2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ – фізична особа або юридична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і виконує частину його страхової діяльності відповідно до законодавства, діє на підставі договору доручення із Страховиком та (в разі укладення Договору за посередництва Страхового Агента) зазначається в індивідуальній частині Договору (Полісі).

3. СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, віком від 18 до 70 років (включно), яка уклала Договір страхування із Страховиком.

4. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа – іноземний громадянин або особа без громадянства, яка законно перебуває на території України, на випадок хвороби якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

5. ВИГОДОНАБУВАЧ

5.1. Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа, вказана в Полісі (індивідуальній частині Договору); за випадком, вказаним в п.7.2.2. Пропозиції – спадкоємці Застрахованої особи відповідно до законодавства.

6. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

6.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника або Застрахованої особи, визначеної Страхувальником в індивідуальній частині Договору страхування, за її згодою.

6.1.1. Умови страхування регулюються Договором, а також Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 031 нова редакція, затверджених 28 травня 2021 р. та зареєстрованих Національним Банком України 2 липня 2021 р.; рішення про реєстрацію № 21/1760-пк.

Зазначені в п.6.1.1. Пропозиції правила страхування (далі в Договорі – «Правила») доступні на веб-сайті Страховика за посиланням <https://opika.org/company-regulations/>.

7. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

7.1. Страховими випадками згідно Договору страхування є документально підтверджені події, вказані в пунктах 7.2. Пропозиції, що настали із Страхувальником або із Застрахованою особою протягом дії Договору страхування.

7.2. Перелік страхових випадків:

7.2.1. «Стационарне лікування Застрахованої особи внаслідок Захворювання на пневмонію, що викликана SARS-CoV-2 (COVID-19)».

7.2.2. «Захворювання на COVID-19, що спричинило смерть Застрахованої особи».

7.3. Страховими визнаються випадки при яких:

7.3.1. Захворювання з переліку п. 7.2. виникло в період дії Договору та після закінчення періоду очікування.

7.3.2. Діагноз підтверджено лабораторними та інструментальними методами обстежень, а саме: рентгенографією, томографічним обстеженням легень, специфічним ПЛР тестом;

7.3.3. Діагноз захворювання з наведених в п. 7.2.1. та 7.2.2. було встановлено на території України та випадок, що має ознаки страхового, мав місце на території України.

8. СТРАХОВА СУМА, ТАРИФ, ПЛАТІЖ ТА СТРОК ЇЙОГО СПЛАТИ

8.1. Страхова сума встановлюється за Договором.

8.2. Розмір страхової суми, страхового тарифу та страхового платежу залежить від обраної Страхувальником програми страхування при укладенні Договору.

8.2.1. Розміри страхових сум, що пропонуються до вибору Страхувальника при укладанні Договору:

Страхові суми, грн (€)				
10 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €

8.2.2. Страхові тарифи, що використовуються для визначення розміру страхових платежів:

Строк страхування, міс	Страхові тарифи, %
1	0,70%
3	0,90%
6	1,25%
12	1,90%

8.2.3. Розміри страхових платежів встановлюються в залежності від обраного Страхувальником строку дії Договору страхування та розміру страхової суми:

Страхові суми, грн	10 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €	50 000 €
Строк страхування, міс	Страхові платежі, грн				
1	70,00 €	140,00 €	210,00 €	280,00 €	350,00 €
3	90,00 €	180,00 €	270,00 €	360,00 €	450,00 €
6	125,00 €	250,00 €	375,00 €	500,00 €	625,00 €
12	190,00 €	380,00 €	570,00 €	760,00 €	950,00 €

8.3. Обрана Страхувальником програма страхування та розміри страхової суми, страхового тарифу, страхового платежу зазначаються в індивідуальній частині Договору (Полісі).

8.4. Загальний страховий платіж підлягає оплаті Страхувальником одноразово за реквізитами: рахунок № UA 82 300528 0000026503000000071 в АТ «ОТП БАНК», МФО 32670627. Страховий платіж вважається сплаченим з дати зарахування коштів на вказаний банківський рахунок Страховика.

8.5. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу Договір страхування не набуває чинності, виплати страхового відшкодування не здійснюються.

9. ДІЇ У РАЗІ НАСТАННЯ ВИПАДКУ

9.1. У разі настання події, яка підпадає під ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа), а у випадку смерті Застрахованої особи – Вигодонабувач:

- повідомляє Страховика про настання події – **за телефоном 0 800 75 56 25**;
- подає Страховику заяву про страхову виплату разом з документами, які підтверджують факт та обставини настання випадку, що необхідні для прийняття Страховиком рішення за подією – **у вигляді скан-копій на електронну адресу info@opika.org**.

9.2. Строк виконання дій, передбачених п.9.1. Пропозиції, становить:

- 5 (п'ять) робочих днів з дати виникнення гострого захворювання Застрахованої особи за п. 7.2.1;
- 6 (шість) календарних місяців з дати смерті Застрахованої особи за п. 7.2.2.

9.3. Сторони погоджуються, що повідомлення та/або заява про виплату страхового відшкодування може заповнюватися і подаватися в електронній формі за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента в порядку, передбаченому законодавством України.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ

10.1. Для прийняття рішення за подією, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач (заявник) подає Страховику на електронну адресу info@opika.org скан-копії наступних документів:

- заяву про страхову виплату (за формою, наведеною в Додатку №3 до Пропозиції);
- копію довідки про присвоєння РНОКПП (ідентифікаційний номер);
- копію закордонного паспорта з відміткою про перетин державного кордону України (а за його відсутності – копію іншого документа, що відповідно до законодавства України посвідчує особу та надає право на перебування Застрахованої особи на території України в період дії електронного поліса);
- інформацію про банківські реквізити заявника для перерахування коштів страхової виплати. До Для здійснення виплати приймаються реквізити банків України;
- виписку з карти стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого, висновки медичних та лабораторних досліджень, які підтверджують діагнози (у разі їх проведення);
- результат ПЛР тесту на наявність інфікування SARS-CoV-2 (COVID-19);
- у разі настання смерті Застрахованого – копію свідоцтва про смерть, копію лікарського свідоцтва про смерть; виписку з амбулаторної карти / карти стаціонарного хворого (форма 027/о) щодо наслідків нещасного випадку, які призвели до смерті Застрахованої особи; для спадкоємців – копію свідоцтва про право на спадщину.

10.2. Сторони погодили, що документи за страховим випадком, необхідні для страхової виплати, надаються у вигляді скан-копій за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента. Такі документи за формою прирівнюються до письмової і можуть бути підставою для страхової виплати. В разі подання документів в формі копій або скан-копій Страховик, з метою перевірки достовірності поданих документів, має право запитувати у Страхувальника, Застрахованої особи чи Вигодонабувача їх оригінали.

11. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Розмір страхової виплати при настанні страхового випадку проводиться в межах страхової суми:

11.1.1. За випадком п. 7.2.1. «Стаціонарне лікування Застрахованої особи внаслідок Захворювання на пневмонію, що викликана SARS-CoV-2 (COVID-19)» розмір виплати розраховується з урахуванням віку Застрахованої особи відповідно до цієї таблиці:

Вік застрахованої особи	Виплата, % від страхової суми за один день стаціонарного лікування
1-30 років	1,50%
31-45 років	1,25%
46-60 років	1,00%
61-70 років	0,75%

Виплата розраховується починаючи з першого дня стаціонарного лікування Застрахованої особи та на строк не більше ніж 14 (чотирнадцять) календарних днів безперервного стаціонарного лікування.

11.1.2. За випадком п. 7.2.2. «Захворювання на COVID-19, що спричинило смерть Застрахованої особи» розмір виплати становить 100 (сто) відсотків страхової суми за договором.

11.2. Загальний розмір страхових виплат не може перевищувати 100 (сто) відсотків страхової суми за Договором, визначеної індивідуальною частиною Договору (Полісом).

11.3. Після отримання страхової виплати Вигодонабувач надає Страховику документи, що підтверджують понесені Страхувальником (Застрахованою особою) витрати на отримання медико-санітарної допомоги в зв'язку з настанням страхового випадку. У випадку, коли фактично понесені витрати перевищують розмір страхової виплати (ліміти, передбачені п.11.1. Пропозиції), доплата не здійснюється. Страхова виплата не може перевищувати розміру лімітів страхових виплат, передбачених п.11.1. Пропозиції.

11.4. Після проведення страхової виплати за будь-яким з випадків, Договір припиняє свою дію.

12. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати одержання заяви про страхову виплату і документів, передбачених п. 10 Пропозиції, приймає рішення про здійснення або про відмову в здійсненні страхової виплати.

12.2. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, Страховик складає страховий акт. Страхова виплата виплачується Страховиком Страхувальнику / Застрахованій особі / Вигодонабувачу за реквізитами, вказаними в заяві про страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання Страховиком страхового акту.

12.3. У разі прийняття рішення про відмову в здійсненні страхової виплати, Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів повідомляє заявника про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови.

12.4. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена заявником в порядку, визначеному законодавством.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ:

13.1. Подання Страховику свідомо неправдивих відомостей щодо предмета цього Договору або про обставини настання страхового випадку.

13.2. Несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин;

13.3. Створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.4. Повторне звернення протягом року за страховою виплатою за захворюванням, за яким

Страховиком було здійснено страхову виплату.

- 13.5.** Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, недотримання курсу лікування.
- 13.6.** Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені цим Договором, протягом 6 (шести) місяців з дати настання випадку (в разі подання документів пізніше – розрахунок передбачених цією Пропозицією строків розгляду документів та прийняття рішення за подією розпочинається спочатку).
- 13.7.** Випадки, пов'язані з захворюваннями, що вперше виявлені у Застрахованої особи до дати укладення Договору страхування або після його закінчення, їх рецидиви та загострення.
- 13.8.** Випадки, які пов'язані з масовими епідеміями (окрім COVID-19, код U07.1 за МКХ-10).
- 13.9.** Події, що не передбачені Договором як страхові ризики або настання яких не підтверджено документами, передбаченими цим Договором.
- 13.10.** Настання події з Застрахованою особою в період 14 (чотирнадцяти) календарних днів від дати початку дії Договору. Дане твердження не розповсюджується на Договори, що укладено на строк 1 (один) місяць.
- 13.11.** За випадком відповідно п. 7.2.1. – у випадку проведення амбулаторного лікування або лікування в умовах денного стаціонару.

14. ОБОВ'ЯЗКИ СТРАХОВИКА:

- 14.1.** Ознайомити Страхувальника з умовами страхування.
- 14.2.** Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.
- 14.3.** При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування.
- 14.4.** Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття рішення.
- 14.5.** Інші обов'язки, передбачені Договором страхування.

15. ОБОВ'ЯЗКИ СТРАХУВАЛЬНИКА*:

- 15.1.** Своєчасно сплатити загальний страховий платіж, відповідно до умов цього Договору.
- 15.2.** При укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.
- 15.3.** Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором страхування.
- 15.4.** Ознайомити Застраховану особу з правилами та умовами страхування за цим Договором.
- 15.5.** Надати Страховику документи, необхідні для прийняття рішення за випадком.
- 15.6.** Після отримання страхової виплати надати Страховику документи, що підтверджують понесені Страхувальником (Застрахованою особою) витрати на отримання медико-санітарної допомоги в зв'язку з настанням страхового випадку.
- 15.7.** Інші обов'язки, передбачені Договором страхування.

**Примітка: Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу (Вигодонабувача). Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.*

16. ПРАВА СТРАХОВИКА:

- 16.1.** Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.
- 16.2.** Відповідно до законодавства проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду).
- 16.3.** Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених п.13 Пропозиції.
- 16.4.** Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставини, зазначених у п.13 Пропозиції.

16.5. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними компетентними органами на строк, що не може перевищувати 3 (три) місяців.

16.6. Інші права, передбачені Договором страхування.

17. ПРАВА СТРАХУВАЛЬНИКА:

17.1. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування.

17.2. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

17.3. Достроково припинити дію Договору страхування.

17.4. Інші права, передбачені Договором страхування.

18. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

18.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до законодавства та умов цього Договору.

18.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% від належної до сплати суми за кожен день прострочення.

19. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

19.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за вибором Страхувальника з запропонованих варіантів та може бути визначено:

19.1.1. 1 місяць;

19.1.2. 3 місяці;

19.1.3. 6 місяців;

19.1.4. 12 місяців.

19.2. Дата початку та дата завершення дії Договору вказується в індивідуальній частині Договору (Полісі).

19.3. Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної в індивідуальній частині Договору (Полісі) як дата початку дії Договору, але не раніше дати, наступної за датою сплати загального страхового платежу за Договором в повному обсязі на поточний рахунок Страховика.

20. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

20.1. Місце дії Договору страхування – територія України з урахуванням положень п. 20.2.

20.2. Дія Договору не поширюється на територію АР Крим, а також населені пункти, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення, перелік яких наведено у Розпорядженні Кабміну №1085-р від 07.11.2014 р.

21. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

21.1. Для укладення Договору Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет або до персонального кабінету або до інформаційно-телекомунікаційних систем, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладення Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування (Поліс). Всі особисті дані надаються в тому вигляді, як вони наведені в закордонному паспорті Застрахованої особи або в іншому документі, що його замінює, та відповідно до законодавства України, застосовується для офіційного перебування Застрахованої особи на території України.

21.2. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://opika.org/> та/або Страхового агента.

21.3. Договір страхування укладений в електронній формі у порядку, визначеному Законом України

«Про електронну комерцію». Договір підписано електронними підписами шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в інформаційно-телекомунікаційну систему Страховика або його Страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора.

21.4. У разі прийняття (акцепту) Страхувальником пропозиції Страховика укласти Договір страхування, Страховик вважає себе зобов'язаним укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах та умовах Пропозиції.

21.5. Після здійснення акцепту Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті. Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу у повному розмірі відповідно до обраного способу оплати (одноразово або щомісячно). Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

21.6. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина Договору страхування) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування), повний текст яких доступні на сайті Страховика <https://opika.org/pravyla-strahuvannya/>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

21.7. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <http://opika.org/>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

21.8. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті та/або на мобільний телефон.

21.9. Страхувальник, підписуючи даний Договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

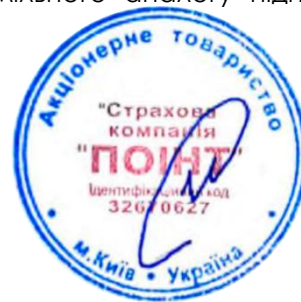
21.10. Страхувальник, підписуючи цей Договір: надає Страховику згоду на отримання всієї необхідної інформації в рамках розслідування причин, обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку, в тому числі згоду на отримання персональних/медичних даних, включаючи відомості, що становлять лікарську таємницю; підтверджує, що ознайомлений з умовами та Правилами страхування, за якими здійснюється страхування за цим Договором; одержав згоду Застрахованої особи на укладення цього Договору, ознайомив з умовами та Правилами страхування, правами та обов'язками, передбаченими цим Договором щодо Застрахованої особи.

21.11. Відповідно до абзацу 4 пункту 1 статті 12 Закону України «Про електронну комерцію» Сторонами погоджено застосування (використання) факсимільного аналога печатки та підпису зі сторони Страховика (уповноваженої особи) за допомогою нанесення та/або використання механічних приладів (засобів, механізмів) або іншого способу нанесення (відтворення) підпису та печатки. Використання факсимільного відтворення печатки та підпису дозволяється на усіх первинних

документах, що складаються Сторонами, та інших документах (листах, вимогах, що підтверджують факти правочинів, додаткових угод та інших). Зразок факсимільного аналогу підпису Голови правління та печатки Страховика та їх комбінації наведені нижче :

ЗРАЗОК ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПІДПISУ СТРАХОВИКА:

ЗРАЗОК ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПЕЧАТКИ СТРАХОВИКА:



22. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

22.1. Дію Договору може бути достроково припинено за ініціативою будь-якої із Сторін Договору або за взаємною згодою Сторін.

22.1.1. У разі дострокового припинення Договору страхування за ініціативою Страховика, Страховик повідомляє про це Страхувальника за 10 (десять) робочих днів до дати дострокового припинення Договору та повертає повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 30 (тридцять) відсотків, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

22.1.2. Дострокове припинення дії Договору за ініціативою Страхувальника здійснюється на підставі письмової заяви, що подається за 10 (десять) робочих днів до дати дострокового припинення, та на інших умовах, визначених частинами 2-5 статті 28 Закону України «Про страхування». Нормативні витрат на ведення справи при цьому становить 30%.

22.2. Цим Договором не передбачено внесення змін до його умов.

22.3. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику або його Страховому агенту, який представляв інтереси Страховика при укладенні Договору страхування електронної заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. До електронної заяви Страхувальник додає скан-копію довідки про присвоєння РНОКПП, копії сторінок паспорту та довідку з реквізитами банківського рахунку Страхувальника для коректного перерахування суми страхового платежу, що повертається Страхувальнику. Страховик повинен повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна іншій все отримане за Договором страхування, а саме страхові платежі та страхові виплати (якщо такі здійснювались). Страхувальник може відмовитися від укладеного Договору страхування шляхом несплати страхового платежу. В такому випадку Договір страхування не набуває чинності.

23. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

23.1. Цей Договір страхування укладено із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронні довірчі послуги», «Про електронну комерцію» та «Про захист прав споживачів».

23.2. Обмеження щодо інших діючих полісів:

23.2.1. Якщо при настанні страхового випадку зі Страхувальником одночасно діють два і більше Полісів за цією Пропозицією, то виплата здійснюється по одному з таких Полісів на вибір Страхувальника, а після здійснення страхової виплати по такому Полісу його дія припиняється.

23.2.2. По одному окремому страховому випадку страхова виплата може здійснюватися лише по одному Полісу обраному Страхувальником і вказаному у Заяві про страховий випадок, по інших діючих Полісах страхова виплата по одному й тому ж страховому випадку не здійснюється.

23.2.3. Страхувальник не має права звертатися за страховою виплатою до Страховика по одному і тому самому випадку амбулаторного або стаціонарного лікування за декількома Полісами, що були випущені за цією Пропозицією.

23.2.4. Страхувальник не має права звертатися за страховою виплатою до Страховика по одному і тому самому випадку амбулаторного або стаціонарного лікування, по яким Страховиком вже було здійснено страхову виплату по будь-якому іншому Полісу раніше, що біли випущені за цією

Пропозицією.

23.3. Ця Пропозиція дійсна з «01» вересня 2021 року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи зазначається в індивідуальній частині Договору (Полісі).

24. ПІДПИСИ СТОРІН – цей Договір страхування укладено в електронній формі та підписано електронними підписами Сторін відповідно до чинного законодавства України.

**Голова Правління
АТ «СК «ПОІНТ»**



Коріненко О. П.

