



АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПОІНТ"

Україна, 03066, м. Київ, вул. Максимовича Михайла, будинок 8, тел.: +380 44 355-50-52
Цілодобовий інформаційний центр: 0 800 75 56 25 (безкоштовно по Україні),
e-mail: info@opika.org

**ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА) № ДМС.21.0003.0101
ЩОДО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(безперервного страхування здоров'я)
(далі – Пропозиція, Публічна частина Договору)
редакція від 03 грудня 2021 року**



ЗАТВЕРДЖЕНО

від 01.12.2021

№ 8 від 01.12.2021

Голова правління АТ "СК "ПОІНТ"

О.П. Коріненко

За цією Пропозицією Акціонерне товариство "Страхова компанія "ПОІНТ", Свідоцтво про реєстрацію фінансової установи видане Національним Банком України 23.03.2021 серія СТ № Б0000196, в особі Голови правління Коріненка Олександра Павловича, що діє на підставі Статуту, далі - Страховик, з однієї Сторони, пропонує невизначеному колу споживачів – дієздатним фізичним особам, далі – Клієнтам, Страхувальникам (Споживачам), відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 031 (нова редакція) від 28.05.2021 р., зареєстрованих НБУ 02.07.2021 за № 21/1760-пк, що знаходяться на офіційному сайті за посиланням <https://opika.org/pravyly-strahuvannya/>, далі – Правила, Правила страхування; на підставі Ліцензії добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), виданої Державною комісією з регулювання ринку фінансових послуг України від 29.06.2010, серія АВ № 546432 з 23.11.2006 – безстроково, згідно Закону України "Про страхування" зі змінами та доповненнями, згідно Цивільного Кодексу України, укласти Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), далі – Договір страхування, Договір.

1. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ

- 1.1. Сторонами цієї Пропозиції є Страховик та Страхувальники.
- 1.2. Ця Пропозиція вважається укладеною та набуває чинності з моменту отримання Страховиком першого підписаного Страхувальником зі Страховиком будь-якого договору страхування, де зазначено про приєднання до цієї Пропозиції.
- 1.3. Крім цього, ця Пропозиція є договором приєднання, а відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України є стандартною і Споживач може лише приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору.
- 1.4. Умови цієї Пропозиції поширюються на договори страхування, укладені з 03.12.2021 по дату, яку зазначає Страховик в назві посилання на Пропозицію, розміщену на веб-сайті Страховика в мережі Інтернет: <https://opika.org/>, як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, незалежно від строків дії таких договорів страхування.
- 1.5. Відповідно до статей 207, 633, 634, 641, 642 Цивільного кодексу України безумовним прийняттям (акцептом) умов цієї Пропозиції Споживачем вважається сплата страхового платежу (його частини) на поточний рахунок Страховика (датою та часом оплати вважається дата та час надходження грошових коштів на рахунок Страховика).
- 1.6. Виконання зазначених у п.1.5 цієї Пропозиції дій означає прийняття Споживачем усіх умов цієї Пропозиції.
- 1.7. Після здійснення акцепту та набрання договором страхування законної сили Споживач набуває статусу Страхувальника.
- 1.8. Прийняттям цієї Пропозиції Страхувальник підтверджує:
 - 1.8.1. що вся інформація, надана йому під час укладення Договору, є повною і достовірною;
 - 1.8.2. що з Правилами ознайомлений та зі всіма умовами страхування згідний;
 - 1.8.3. що примірник договору страхування та всі роз'яснення щодо його умов отримав;
 - 1.8.4. та засвідчує, що ознайомлений з правами суб'єкта персональних даних, визначених Законом України "Про захист персональних даних";
- 1.9. На виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" Страхувальник добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:
 - 1.9.1. на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та предмету страхування) з метою виконання Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв'язку;

1.9.2. на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;

1.9.3. на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

1.9.4. підтверджує, що отримав письмову згоду від Вигодонабувача та/або Застрахованих осіб, щодо обробки його/їх персональних даних Страховиком та повідомив Вигодонабувача та/або Застрахованих осіб про обсяг та мету, з якою оброблятимуться їх персональні дані, осіб, яким передаються їх персональні дані, та права, визначені Законом України "Про захист персональних даних".

1.10. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір погоджується та підтверджує, що до укладення Договору йому надана вся інформація, визначена в ч.2 ст.12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", а саме інформація про:

1.10.1. фінансову послугу, що пропонується надати, із зазначенням вартості цієї послуги, якщо інше не передбачено законами з питань регулювання окремих ринків фінансових послуг;

1.10.2. умови надання додаткових фінансових послуг та їх вартість;

1.10.3. порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги;

1.10.4. правові наслідки та порядок здійснення розрахунків з фізичною особою внаслідок дострокового припинення надання фінансової послуги;

1.10.5. механізм захисту фінансовою установою прав споживачів та порядок врегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги;

1.10.6. реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів;

1.10.7. розмір винагороди фінансової установи у разі, коли вона пропонує фінансові послуги, що надаються іншими фінансовими установами.

1.11. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг за участі органів:

1.11.1. державного регулювання - Національний Банк України. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Телефон: 0800 505 240. E-mail: nbu@bank.gov.ua, <https://bank.gov.ua/>;

1.11.2. з питань прав споживачів - Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: вул. Б. Грінченка, 1, м. Київ, 01001. Телефон: (044) 279-12-70. E-mail: gu@dpss.gov.ua, <https://dpss.gov.ua/>.

2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

2.1. Основні терміни, що використовуються у цій Пропозиції мають такі значення.

2.1.1. **Вигодонабувачем за цим Договором** є Застрахована особа, що вказана в Полісі (Індивідуальній частині Договору), а за випадками, вказаними в п.5.1.1.4. Пропозиції – спадкоємці Застрахованої особи відповідно до законодавства.

2.1.2. **Код клієнта** – унікальний код, що присвоюється клієнтам (групам клієнтів), що страхуються на умовах єдиної комерційної пропозиції та розглядаються Страховиком як група Страхувальників.

2.1.3. **Корпоративний ліміт** – об'єднаний агрегатний ліміт, що розповсюджується на всіх осіб, застрахованих за цим Договором та іншими договорами з аналогічним кодом клієнта.

2.1.4. **Ліміт відповідальності** (ліміт зобов'язань) Страховика – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування та видами медичних та інших послуг зазначені у Полісі Договору.

2.1.5. **Лікувально-профілактичні установи/заклади (ЛПУ)** – підприємства, установи та організації, які створені та діють на підставі чинного законодавства України, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні заходи або послуги медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки, оптики, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо.

- 2.1.6. **ЛПУ з переліку Асистансу** – ЛПУ, з якими Медичний асистанс уклав договір про співпрацю та які відповідають вимогам п.2.1.1 Договору, та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до Програми страхування, що наведені у Додатку № 1 до Полісу Договору.
- 2.1.7. **Базова ЛПУ** – медичний заклад, передбачений Програмою страхування, зазначений в Додатку № 1 до Полісу Договору страхування, з яким Асистанс уклав договір про співпрацю, в якому приймає координатор Асистанса та (або) у який переважно направляються Застраховані особи для отримання медичних та інших послуг.
- 2.1.8. **Лікар вузькопрофільної спеціалізації** – лікар іншої спеціалізації, ніж лікар загальної практики.
- 2.1.9. **Медична допомога** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.
- 2.1.10. **Медичний асистанс, Асистанс** – асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика з організації необхідної допомоги Застрахованим особам та координує їх дії при настанні надзвичайної події, що може бути визнана страховим випадком.
- 2.1.11. **Медичні та інші послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, передбачені Програмою страхування Застрахованої особи.
- 2.1.12. **Невідкладна допомога** – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.
- 2.1.13. **Опція страхування** – умови договору страхування, що передбачають конкретну послугу або групу послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі у разі настання зазначених в Договорі страхових випадків.
- 2.1.14. **Під медикаментами** розуміються ліки, витратні медичні матеріали (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.
- 2.1.15. **Програма страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором страхування.
- 2.1.16. **Страхові документи Застрахованої особи** – страховий поліс та (або) картка Застрахованої особи, а також талони на отримання оздоровчих послуг, рецепти, направлення на обстеження, медичні картки амбулаторного хворого тощо, надані Застрахованій особі Страховиком та (або) його представником для отримання медичних та інших послуг відповідно до умов Договору.
- 2.1.17. **Страховий захист** (відповідальність Страховика) – зобов'язання Страховика, визначені Договором, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в обумовлений цим Договором відрізок часу.
- 2.1.18. **Планова медична допомога** – комплекс медичних послуг, що надаються при порушеннях здоров'я пацієнта, що не становлять безпосередньої загрози його життю або здоров'ю оточуючих.
- 2.1.19. **Поліпрагмазія** – одночасне необґрунтоване та недоцільне призначення хворому великої кількості різноманітних медичних препаратів або лікувальних процедур.

3. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 3.1. Ця Пропозиція є публічною офертою Страховика, далі - Оферта, укласти письмово Договір страхування із Клієнтом, далі – Страхувальником.
- 3.2. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (Індивідуальна частина Договору), який отримує Страхувальник у паперовому вигляді, оформлений належним чином, за підписами Страховика та Страхувальника (які набувають статусу Сторін Договору страхування після його підписання) та Пропозиція (Публічна частина Договору), яка є у відкритому доступі на офіційному сайті Страховика за посиланням: <https://opika.org/company-regulations/>. Обидва ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за укладеним Договором страхування.
- 3.3. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом підписання Полісу - прийняття або акцептування Пропозиції, що розміщена на офіційному сайті Страховика <https://opika.org/company-regulations/> на індивідуально визначених у Полісі умовах страхування.
- 3.4. Перед акцептуванням Пропозиції Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з нею та Правилами страхування, з інформацією про фінансову послугу, яка буде надана за Договором страхування та підтвердити надання своєї згоди на обробку власних персональних даних Страховиком шляхом підписання Полісу.
- 3.4.1. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування.
- 3.4.2. На підставі наданої Клієнтом інформації Страховик оформлює для Клієнта Індивідуальну частину Договору страхування - Поліс.

3.5. Після прийняття (акцепту) Пропозиції Клієнт отримує на підтвердження про укладення Договору страхування його Індивідуальну частину – Поліс разом із додатками, які вказані у п.15.9.1 цієї Пропозиції.

3.6. Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу у повному розмірі відповідно до обраного способу оплати згідно умов, що зазначені у Полісі. Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника, і стає Стороною Договору страхування. Страхувальник і Страховик - Сторони Договору страхування.

3.7. За цим Договором страхування Страхувальником може бути дієздатна фізична особа, віком від 18 до 60 років (включно), яка уклала Договір страхування зі Страховиком.

3.8. Застрахованою особою за цією Пропозицією може бути дієздатна фізична особа, вік якої не перевищує 60 років до дати закінчення Договору страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з укладеним та належним чином оплаченим Договором страхування.

3.9. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладання Договору страхування на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" Страховик 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"; вся зазначена інформація доступна на офіційному сайті Страховика <http://opika.org/>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цієї Пропозиції страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); ця Пропозиція страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору страхування.

3.10. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує своє погодження на отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на умовах та відповідно до положень укладеного Договору страхування.

3.11. Страхувальник, підписуючи Поліс, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов Договору без обмеження строку 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 Страхувальникові 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.

3.12. Страхувальник, підписуючи Поліс: 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 Договору, ознайомив з умовами та Правилами страхування, правами та обов'язками, передбаченими Договором щодо Застрахованої особи.

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

4.1. За цією Пропозицією предметом страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника та іншої особи (далі - Застрахована особа) щодо відшкодування збитків, викликаних розладом здоров'я та пов'язаних з одержанням медичної допомоги та медичних послуг в обсязі та на умовах, визначених у цій Пропозиції.

4.2. Опис програми страхування (далі – Програма страхування) про організацію медичних послуг на конкретних умовах для Застрахованої особи визначено у Полісі Договору.

5. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

5.1.1. В цілях надання страхового покриття за Договором у цій Пропозиції визначено такі страхові ризики:

5.1.1.1. **Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані зі станом здоров'я Застрахованої особи, що існував до моменту початку даного захворювання.

5.1.1.2. **Хронічне захворювання** – захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

5.1.1.3. **Загострення хронічного захворювання** – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю Застрахованої особи.

5.1.1.4. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, непередбачувана дія зовнішніх причин (механічних, хімічних, технічних тощо), які настали в строк дії Договору незалежно від волі Застрахованої особи, що призвели до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або його загибелі. До зовнішніх причин відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричної або іншої енергії, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове отруєння газами тощо.

6. СТРАХОВІ СУМИ, ТАРИФИ І ПЛАТЕЖІ

6.1. Страхова сума та ліміти відповідальності за Договором встановлюються виключно у національній валюті України - гривні та визначені у Полісі Договору відповідно Програми страхування.

6.2. Страхова сума, страховий тариф, страховий платіж відповідно Програми страхування визначено у Полісі до Договору.

7. СТРОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

7.1. Спосіб, графік, частина, розмір та строки оплати страхового платежу вказуються у Полісі до Договору.

7.2. Страховий платіж (його частина) сплачується Страхувальником на поточний рахунок Страховика, що вказаний у Полісі до Договору.

7.3. Чергові частини страхового платежу Страхувальник повинен сплатити Страховикові на підставі графіка сплати, передбаченого Полісом, без надання Страховиком окремих йому на те рахунків.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ.

8.1. Договір набирає чинності з дати, зазначеної у відповідному пункті Полісу до Договору, за умови зарахування на поточний рахунок Страховика, визначеної суми страхового платежу або його першої частини у повному розмірі та у строки, що передбачені Полісом Договору.

8.2. У разі несплати або сплати у неповному розмірі страхового платежу (його першої частини) у встановлені у пункті 7.1 Пропозиції строки, Договір вважається таким, що не набрав чинності.

8.3. У разі несплати чергової частини страхового платежу, Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення виплати страхового відшкодування (страхової виплати) за страховими випадками, що сталися у період з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за встановленою датою сплати страхового платежу, до 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою зарахування простроченого (незарахованого) страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

8.4. В разі несплати або сплати у неповному розмірі страхового платежу (його частини) протягом 30 (тридцяти) календарних днів зі встановленої дати сплати страхового платежу (його частини) дія цієї Пропозиції достроково припиняється, про що Страховик повідомляє Страхувальника окремо в письмовій формі не пізніше, ніж за 10 (десять) робочих днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься відповідно до ч.3 ст.651 ЦК України односторонньою відмовою від цієї Пропозиції.

8.5. **Місцем дії Договору обмежено територією** України, крім населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють в неповному обсязі свої повноваження.

8.6. Страховик організує надання медичної допомоги, медичних та інших послуг у населеному пункті, де розташована Лікувально-профілактична установа/заклад (ЛПУ/ЛПЗ) і залученням Медичного асистансу (далі – Асистансу). Якщо у місці настання страхового випадку немає ЛПУ з переліку Асистансу, Застрахована особа за погодженням з лікарем-координатором Асистанса сплачує ЛПУ вартість медичних та інших послуг за власний рахунок, після чого надає **письмову заяву Страховикові** на відшкодування витрат за сплачені нею послуги.

8.7. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені та гарантовані співробітником Асистансу до відшкодування медичні та інші послуги, що передбачені Програмою страхування та за медикаменти, безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок або готівкою через касу Страховика.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. **Страхувальник має право:**

9.1.1. Ознайомитися з умовами Пропозиції (Полісу, Договору), Програмою страхування та Правилами;

9.1.2. Визначити Застраховану особу, а у разі страхування групи осіб – перелік Застрахованих осіб з присвоєнням такому переліку відповідного Коду клієнта (п.2.1.2) за цією Пропозицією у Інформаційній реєстраційній системі Страховика);

9.1.3. Визначити страхову суму та Програму страхування для кожної Застрахованої особи;

9.1.4. Під час укладення Договору ініціювати включення до Коду клієнта - переліку Застрахованих осіб, членів їх сімей у разі прийняття Страхувальником рішення про страхування членів сім'ї Застрахованої особи (чоловіка, дружина, дітей, батьків) за умови

отримання письмової згоди таких осіб на укладення Договору на їх користь. Включення нових осіб до Коду клієнта - переліку Застрахованих осіб здійснюється у порядку, передбаченому розділом 12 цієї Пропозиції;

9.1.5. При включенні до Коду клієнта нових Застрахованих осіб, членів їх сімей можуть бути включені до переліку Застрахованих осіб для членів сімей - на підставі декларації про стан здоров'я нових осіб, для дітей віком до 1 (одного) року додатково на підставі медичного висновку педіатра про стан здоров'я дитини або копії виписки з пологового будинку за індивідуальною програмою страхування.

9.1.6. У період дії Пропозиції включення до Коду клієнту членів сімей Застрахованих осіб (крім членів сімей осіб, що приймаються на страхування) допускається лише як виняток за письмової згоди Страховика, яка може бути надана або ненадана Страховиком на його власний розсуд та залежно від стану здоров'я таких осіб згідно з декларацією про стан здоров'я кожного, заповненою такою особою, або за медичним висновком, наданим сімейним лікарем; для дітей віком до 1 (одного) року - згідно з медичним висновком педіатра про стан здоров'я дитини або копією виписки з пологового будинку. При цьому страхування цих осіб здійснюється Страховиком на інших умовах (індивідуальних), ніж вже застрахованих за Кодом клієнта під час дії цієї Пропозиції.

9.1.7. Включення осіб до Коду клієнта погоджуються Страховиком та Страхувальником шляхом укладання додаткового договору до Договору страхування;

9.1.8. До настання страхового випадку ініціювати внесення змін у перелік Застрахованих осіб (включення та/або виключення з/до Коду клієнта) в період дії Пропозиції здійснюється з урахуванням умов розділу 12 цієї Пропозиції;

9.1.9. У разі прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні Застрахованій особі страхової виплати, - оскаржити рішення Страховика в порядку, передбаченому Пропозицією і чинним законодавством України;

9.1.10. Отримати у період дії Договору дублікат Поліса у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, для чого потрібно звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката. Після отримання дубліката Полісу його втрачений оригінал вважається недійсним;

9.1.11. Ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов страхування, дострокове припинення дії Договору у порядку, визначеному у розділі 13 цієї Пропозиції.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплатити страховий платіж;

9.2.2. При укладенні Договору письмово надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику та протягом дії Договору письмово інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику;

9.2.3. Надати Страховикові перелік осіб, які підлягають страхуванню та отримати їх згоду на укладення щодо них даного договору;

9.2.4. Інформувати Застрахованих осіб про умови Договору, обов'язки Застрахованих осіб згідно з Договором, а також про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання та нещасного випадку;

9.2.5. Забезпечити збереження документів, що стосуються Договору;

9.2.6. Після підписання Страхувальником Договору або додаткового договору до діючого Договору повернути Страховикові його примірник до дати, зазначеної у Полісі до Договору, як дата початку його дії або у відповідному додатковому договорі. Сторони дійшли згоди, що у разі невиконання цієї умови Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за страховими випадками, що сталися у період з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії Договору до 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою повернення Страховикові його примірника;

9.2.7. При укладенні Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, укладені щодо предмета страхування за цією Пропозицією стосовно застрахованих осіб згідно Коду клієнта, і надалі письмово інформувати про всі договори страхування, що укладаються, за цим предметом договору стосовно Застрахованих осіб;

9.2.8. Якщо після прийняття рішення про здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати права на її отримання – повернути Страховикові страхову виплату (чи її відповідну частину) і відшкодувати витрати Страховика на проведення розслідування та експертизи з метою визначення розміру заподіяної шкоди (частину витрат на експертизу, що відповідає співвідношенню частини страхової виплати, яка підлягає поверненню Страховикові, і суми страхової виплати за цим страховим випадком) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика;

9.2.9. Виконувати інші обов'язки, передбачені цим Договором, Правилами та чинним законодавством України.

9.3. Страховик має право:

- 9.3.1. Перевіряти достовірність даних, що йому надаються;
- 9.3.2. На отримання від Страхувальника або особи, яка підлягає страхуванню (Застрахованої особи), до укладення Договору надання декларації про стан здоров'я або проведення медичного огляду такої особи;
- 9.3.3. Визначати для конкретних Застрахованих осіб (працівників Страхувальника та/або членів їхніх сімей) індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхового платежу, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору щодо певних осіб;
- 9.3.4. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в Асистанс, ЛПУ та інші організації, що мають інформацію про обставини настання страхового випадку;
- 9.3.5. Проводити, за необхідності, за власний рахунок обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви про здійснення страхової виплати за цим Договором;
- 9.3.6. До моменту отримання всіх документів із переліку, вказаному у пункті 11.5 Пропозиції або документів, оформлених із порушенням вимог пункту 11.6 не приймати рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.
- 9.3.7. Відкласти прийняття рішення щодо страхової виплати Застрахованій особі до з'ясування обставин настання страхового випадку на строк до 30 (тридцяти) календарних днів при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страхувальником або Застрахованою особою;
- 9.3.8. Відмовити у страховій виплаті у випадках, визначених у цій Пропозиції.
- 9.3.9. Відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та провести з'ясування обставин настання події із Застрахованою особою або замовити проведення експертизи з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру виплати збитків, завданих настанням події – у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та сплату послуг, які зазначені в пункті 11.6 Пропозиції, у строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки із стаціонару;
- 9.3.10. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, визначених у пункті 11.22 Пропозиції;
- 9.3.11. Направляти письмові претензії Страхувальнику щодо дій Застрахованої особи при отриманні нею послуг у ЛПУ, визначених Договором та Програмою страхування, з порушенням пункту 9.7.3 Пропозиції (у тому числі некоректної поведінки) і вимагати від Страхувальника ліквідації цих недоліків або дострокового припинення дії Договору відносно цієї Застрахованої особи;
- 9.3.12. Включати додаткові ЛПУ до переліку Асистанса (Додаток № 1 до Полісу) за згодою Асистансу;
- 9.3.13. Включення додаткових закладів/установ та умови відшкодування вартості послуг у таких закладах оформляються додатковим договором до Договору;
- 9.3.14. Виключати ЛПУ з переліку Асистансу (Додаток № 1 до Полісу) як окремо за категоріями та Програмами страхування, так і за Договором страхування в цілому. Виключення ЛПУ (або призупинення надання послуг в такому закладі) здійснюється за умови розірвання (призупинення, припинення) дії договору між Асистансом та ЛПУ (в т.ч. аптекою):
- при невиконанні з боку ЛПУ умов договору між Асистансом та провайдером (медичним або іншим закладом) щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам;
 - при виявленні фактів шахрайства з боку ЛПУ;
 - у зв'язку з реорганізацією або ліквідацією такого закладу.

Про виключення ЛПУ з переліку Асистанс повідомляє Страхувальника шляхом направлення письмового повідомлення за 10 (десять) календарних днів до дати таких змін. До повідомлення додається нова редакція переліку ЛПУ (Додаток № 1 до Полісу) станом на дату направлення письмового повідомлення.

Змінювати умови обслуговування в ЛПУ з переліку Асистансу (Додаток № 1 до Полісу), а саме: встановити / збільшити франшизу на послуги відповідного ЛПУ та/або збільшити розмір страхового тарифу або виключити ЛПУ з переліку Асистансу як окремо за певною категорією та / або Програмою страхування, так і за Договором страхування в цілому при:

- значному (на 25 % та більше порівняно з цінами на дату укладення Договору страхування) підвищенні цін на всі або деякі послуги в цьому ЛПУ з підтвердженням інформаційним листом ЛПУ;
- значному (на 25 % та більше порівняно з цінами на дату укладення Договору страхування) збільшенні закупівельної вартості медикаментів в мережевих постачальників згідно з переліком ЛПУ, що підтверджено аналітичними даними Асистанса, щодо зміни вартості цін на медикаменти, наданими провайдером відповідно контрольних дат.

Про зміну умов обслуговування в ЛПУ з переліку Асистанс направляє Страхувальнику письмове повідомлення про необхідність

внесення змін до Договору страхування щодо встановлення / збільшення франшизи на послуги такого закладу та / або збільшення розміру страхового тарифу та два екземпляри підписаного Страховиком додаткового договору про внесення таких змін до Договору страхування.

Якщо Страхувальник не погоджується із внесенням змін до умов Договору страхування, відмовляється від укладення додаткового договору та / або не повертає підписаний зі свого боку екземпляр додаткового договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня його отримання, Страховик направляє Страхувальнику письмове повідомлення про виключення такого ЛПУ з переліку Асистиансу в односторонньому порядку з додаванням актуального Переліку ЛПУ Страховика (Додаток № 1 до Полісу) станом на дату направлення такого повідомлення.

9.3.15. У разі змінення обставин, що мають суттєве значення для оцінки страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи та збільшення ступеня страхового ризику протягом строку дії Договору діяти згідно з розділом 8 Пропозиції;

9.3.16. Достроково припинити дію Договору страхування згідно з розділом 13 Пропозиції;

9.3.17. Ініціювати внесення змін та/або доповнень до Договору страхування.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору і Правилами, а також з переліком ЛПУ, визначених для надання медичних та інших послуг відповідно до Програми страхування та зазначених у Додатку № 2 до Полісу;

9.4.2. Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати набрання чинності цим Договором передати Застрахованим особам персональні страхові поліси (картки) та за необхідності пам'ятки про дії Застрахованої особи у разі настання страхового випадку;

9.4.3. Контролювати обсяг, якість і доцільність медичної допомоги, медичних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до умов Договору та Програми страхування, чинних стандартів, протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини;

9.4.4. У разі настання страхового випадку організувати надання медичної допомоги, медичних та інших послуг в ЛПУ з переліку Асистиансу та інших закладах відповідно до Програми страхування та відповідно до інших умов цієї Пропозиції здійснити страхову виплату лікувальним та іншим закладам, які надавали послуги Застрахованим особам за направленням Страховика, або здійснити страхову виплату Застрахованій особі в обумовлений цим Договором строк на умовах пункту 1.1.6 цієї Пропозиції. При цьому медична допомога, медичні та інші послуги надаються відповідно до розкладу (режиму) роботи ЛПУ та графіку прийому лікарів в них;

9.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застрахованих осіб) та його (їх) майнове становище, крім випадків, встановлених законом. Забезпечити конфіденційність у відносинах із Застрахованою особою, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

9.4.6. При отриманні письмової претензії Застрахованої особи або Страхувальника щодо недоліків при наданні медичних та інших послуг протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання такої претензії розглянути її та письмово поінформувати Страхувальника та Застраховану особу про вжиті заходи;

9.4.7. При наявності підтверджених фактів передачі Застрахованою особою страхових документів іншим особам достроково припинити дію Договору відносно цієї Застрахованої особи з письмовим повідомленням Страхувальника про даний факт;

9.4.8. У разі звернення Застрахованої особи до лікувального або іншого закладу за отриманням послуг, передбачених Програмою страхування, 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;

9.4.9. Якщо з об'єктивних причин, незалежних від Страховика (у разі ліквідації ЛПУ, зміні переліку послуг, що надаються ЛПУ тощо Застрахована особа не може обслуговуватися в ЛПУ, відповідно до обраної Програми страхування забезпечити отримання послуг в іншому закладі згідно з Програмою страхування, в т.ч. з урахуванням умов п.1.1.2 Пропозиції;

9.4.10. Виконувати інші обов'язки, передбачені цією Пропозицією, Правилами та чинним законодавством України.

9.5. Права Застрахованої особи:

9.6. Застрахована особа або її уповноважений представник (один із батьків, усиновитель, опікун тощо), у випадках, передбачених законом, також мають права, зазначені в пунктах 9.1.1 та 9.1.9 цієї Пропозиції.

9.7. Застрахована особа зобов'язана:

9.7.1. Забезпечити зберігання страхових документів і не передавати їх іншим особам для отримання останніми послуг, передбачених цим Договором. У разі втрати страхових документів невідкладно (але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів з дня виявлення) надати Страховику письмову заяву (в тому числі електронною поштою) про втрату страхових документів та отримати їх дублікат;

9.7.2. При зверненні в ЛПУ Застрахована особа зобов'язана пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу) документ, що посвідчує її особу (з фотографією) та страховий поліс (картку).

9.7.2.1. У разі відсутності у Застрахованої особи Поліса (пластикової картки) ЛПУ з переліку Асистансу має право відмовити Застрахованій особі в наданні послуг безкоштовно та запропонувати сплатити послуги за власний рахунок. В окремих випадках послуги можуть бути надані лише за умови телефонного або факсимільного підтвердження (гарантії) Страховиком відшкодування вартості надання послуг такій Застрахованій особі;

9.7.3. Виконувати всі рекомендації лікаря Страховика або співробітника Медичного асистансу (у тому числі щодо лікувально-профілактичного закладу/установи, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку, встановленого в лікувальному закладі, а також дотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат, зазначених (здійснених) внаслідок такого випадку, і додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

9.7.4. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до розділу 11 Пропозиції;

9.7.5. Надати Страховику заяву про здійснення страхової виплати Застрахованій особі у разі оплати медичних та інших послуг за власний рахунок та документи, що підтверджують настання страхового випадку та оплату послуг, зазначені в пункті 11.6 цієї Пропозиції, у строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, а у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки зі стаціонару;

9.7.6. У разі оплати медичних або інших послуг, передбачених Програмою страхування, за власний рахунок надавати Страховику всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та розміру страхової виплати, а за необхідності здійснити обстеження у лікаря Страховика на умовах пункту 9.3.5 Договору.

9.8. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, зобов'язання, зазначені у пунктах 9.7.1 – 9.7.6 цієї Пропозиції переходять до її уповноваженого представника (одного із батьків, усиновителя, опікуна тощо).

9.9. Надати Страховику доручення на отримання Страховиком даних в рамках цієї Пропозиції до ЛПУ, що містять персональні дані Застрахованої особи.

10. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

10.1. За невиконання умов Договору винна Сторона несе відповідальність, передбачену цією Пропозицією та чинним законодавством України. Збитки, спричинені одній Стороні внаслідок невиконання або неналежного виконання іншою Стороною її зобов'язань за Договором винна Сторона відшкодовує у повному обсязі.

10.2. Відповідальність Страховика.

10.2.1. Якщо на підставі пункту 11.6 цієї Пропозиції Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих їй за власний рахунок, то за кожний день прострочення здійснення страхової виплати Страховик сплачує її одержувачу пеню у розмірі 0,1 % суми страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше розміру подвійної облікової ставки НБУ, яка діє у період прострочення виплати.

10.2.2. У випадку необґрунтованої відмови ЛПУ з переліку Асистансу у наданні Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, неповного або неякісного надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, Страховик після отримання відповідної письмової заяви Застрахованої особи або Страхувальника у найкоротший строк вживає заходів для надання Застрахованій особі цих послуг належним чином у повному обсязі та компенсує спричинені цим збитки.

10.2.3. Обґрунтованість претензії Застрахованої особи (Страхувальника) визначається медичним експертом Страховика, а при недосягненні згоди Сторін з цього приводу – із залученням Сторонами або однією зі Сторін незалежних медичних консультантів.

10.3. Відповідальність Застрахованої особи.

10.3.1. Застрахована особа зобов'язана відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості послуг лікувально-профілактичному закладу, наданих внаслідок:

- а) передачі Застрахованою особою особистих страхових документів третій особі та отримання останньою медичних та інших послуг, передбачених умовами Програми страхування застрахованого;
- б) при ускладненні захворювання у разі порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;
- в) при отриманні медичних та інших послуг при зверненні до ЛПУ у стані або внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- г) у разі шахрайства або інших навмисних, протиправних дій, спрямованих на отримання незаконної вигоди від страхування (у тому числі симуляція хвороби при зверненні до Асистансу) або спрямованих на настання страхового випадку;
- г) при захворюваннях та травмах, отриманих внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав, особистою участю у військових діях, народних заворушеннях, страйках) та заняттям

небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, дайвінгом, полонанням, мото- та автоспортом тощо) в тому числі й внаслідок занять професійним спортом;

д) при захворюваннях і травмах, отриманих внаслідок форс-мажорних обставин, військових та соціальних конфліктів, техногенних катастроф, аварій, стихійних лих;

е) наданих внаслідок необгрунтованого виклику лікаря додому або швидкої (невідкладної) медичної допомоги (в тому числі використання санітарного транспорту): виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи, виклик здійснено не в медичних цілях, виклик здійснено для Застрахованої особи, яка знаходиться в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або абстинентного синдрому; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною ним адресою або відмовляється від огляду, виклик (невідкладної) медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання екстреної медичної допомоги (з метою надання планових медичних консультацій тощо), виклик здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від клініки, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома, несприятливі кліматичні (погодні) умови тощо);

е) у разі відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЛПУ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації;

ж) при отриманні страхової виплати на умовах пункту 11.6 цієї Пропозиції в разі надання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та про факт оплати послуг за власний рахунок.

10.3.2. Витрати Страховика, зазначені в пункті 10.3.1 цієї Пропозиції, повинні бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання ним відповідної письмової вимоги Страховика шляхом внесення необхідних коштів у касу або на поточний рахунок Страховика. При невиконанні цієї умови Страховик має право достроково в односторонньому порядку припинити згідно з умовами пункту 13.6 цієї Пропозиції дію Договору щодо Застрахованої особи, винної у завданні таких збитків, з дня, наступного за останнім днем строку відшкодування зазначених витрат. При цьому, повернення невикористаного страхового платежу не здійснюється.

10.3.3. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпоряджень) ЛПУ, медичних приписів, лікувально-організаційного режиму, некоректної поведінки застрахованої особи ЛПУ мають право відмовити цій Застрахованій особі в подальшому наданні послуг з наступним повідомленням про це Страховика. При наявності офіційного письмового повідомлення з боку ЛПУ про таке порушення, Страховик повідомляє Страхувальника та вправі в односторонньому порядку припинити дію Договору щодо такої Застрахованої особи на умовах пункту 13.6 цієї Пропозиції.

10.4. Форс-мажор

10.4.1. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором страхування у разі виникнення дії форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили, які Сторона не могла передбачити на момент укладення Договору страхування та які вона не могла відвернути, вживши усіх залежних від неї заходів (форс-мажор).

10.4.2. Сторони дійшли згоди, що форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами цієї Пропозиції, обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, блокада, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських протоків, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання, зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо.

10.4.3. Сторона, яка зазнала впливу дії обставин форс-мажору, зобов'язана протягом не більш ніж 24 годин (а якщо це неможливо внаслідок дії обставин форс-мажору – у найкоротші можливі строки) повідомити іншу Сторону про настання, строк дії та межі, в яких ці обставини перешкоджають виконанню Договору страхування. Зазначена Сторона зобов'язана також надати іншій Стороні офіційне підтвердження факту виданий Торгово-промисловою палатою України сертифікат, який підтверджує факт настання та строку дії обставин форс-мажору, видане уповноваженим органом (організацією). Вимога про надання офіційного підтвердження не поширюється на загальновідомі факти, що висвітлювалися у центральних ЗМІ, інших офіційних джерелах.

10.4.4. Ненадання підтвердження, зазначеного у пункті 10.4.3 цієї Пропозиції, позбавляє зацікавлену Сторону посилатись на дію обставин форс-мажору як обставини, що звільняють від відповідальності.

10.4.5. Строк виконання зобов'язань за Договором продовжується на строк дії обставин форс-мажору. Після припинення дії зазначених обставин Сторони продовжують виконання зобов'язань за Договором, якщо письмово не погодять інше.

11. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

11.1. При добровільному медичному страхуванні, у разі розладу здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком та для отримання послуг, передбачених Програмами страхування, Застрахована особа повинна звернутися:

11.1.1. До цілодобового диспетчерського пункту Медичного асистансу за телефоном, зазначеним у картці Застрахованої особи, – за необхідності отримати медичну допомогу (візит лікаря додому, консультативно-діагностична допомога, госпіталізація та будь-які інші послуги згідно з Програмою страхування). Лікар Медичного асистансу направляє Застраховану особу в ЛПУ відповідно до Програми страхування та конкретного страхового випадку. Підбір ЛПУ відноситься до компетенції лікаря Медичного асистансу. Застрахована особа зобов'язана повідомити лікарю Медичного асистансу своє прізвище, ім'я та по батькові, номер Поліса (пластикової картки), причину звернення (скарги), контактний телефон. Застрахована особа зобов'язана пред'явити в ЛПУ документ, що посвідчує особу (з фотографією) та Поліс (пластикову картку); або

11.1.2. До цілодобового диспетчерського пункту Медичного асистансу за телефоном Асистанса, що вказаний у Полісі Договору або безпосередньо до служби невідкладної медичної допомоги (якщо на момент настання страхового випадку зв'язок із Медичним асистансом був неможливий) – за необхідності надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при гострому захворюванні, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку або загостренні хронічного захворювання, що загрожує життю Застрахованої особи. При самостійному виклику бригади невідкладної допомоги ЛПУ з переліку Асистанса Застрахована особа (або той, хто викликає бригаду) обов'язково повинна проінформувати службу невідкладної допомоги про наявність Договору страхування та диспетчерський пункт Медичного асистансу про самостійний виклик бригади (в іншому випадку та/або у разі подвійного виклику бригади невідкладної допомоги вартість виклику Застрахована особа сплачує самостійно).

11.2. Якщо Застрахована особа на час настання страхового випадку відповідно до умов цієї Пропозиції знаходиться у населеному пункті Донецької або Луганської областей України, або АР Крим та/або в населеному пункті, на території якого проводиться операція об'єднаних сил (ООС), військові дії та/або збройні конфлікти, Страховик організує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у найближчій ЛПУ, яка створена та діє відповідно до чинного законодавства України та знаходиться в іншому населеному пункті України, на території якого органи державної влади України здійснюють свої повноваження в повному обсязі.

11.3. Порядок організації Страховиком медичної допомоги, медичних та інших послуг:

11.3.1. При станах, які потребують ліжкового режиму та візиту лікаря додому, Застрахована особа інформує про це лікаря Медичного асистансу та заявляє про необхідність виклику лікаря додому, але не пізніше 12:00 годин (16:00 годин для мешканців міста Києва) дня, у який повинен бути здійснений такий візит. Лікар Медичного асистансу організує виїзд лікаря до Застрахованої особи протягом 3 – 5 годин у місті Києві (протягом дня – для інших міст) з моменту отримання заявки від Застрахованої особи при наявності гострого захворювання та загострення хронічного захворювання при станах, що потребують ліжкового режиму. У разі звернення до Страховика пізніше 12:00 годин (16:00 годин для мешканців міста Києва) Медичний асистанс організує виїзд лікаря наступного дня.

При виклику лікаря за межі населеного пункту, у якому знаходиться ЛПУ, вартість проїзду (транспортні витрати) лікаря в обидва боки Застрахована особа сплачує самостійно.

Неможливість організації амбулаторної допомоги Застрахованій особі, в тому числі виклику лікаря додому, при зверненні у вечірні години (з 16:00 до 9:00) або у вихідні та/або святкові дні не є підставою для виклику бригади швидкої допомоги, якщо немає прямих показань для її виклику.

11.3.2. Застрахована особа повинна надати (телефоном) лікарю Медичного асистансу заявку про планові обстеження та консультації не менше, ніж за 2 (два) робочих дні до бажаної дати консультації/обстеження. Лікар Медичного асистансу організує планові консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до ЛПУ та повідомляє про це Застраховану особу протягом 2 (двох) робочих днів з моменту звернення Застрахованої особи до лікаря Медичного асистансу Страховика або координатора в ЛПУ. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації організуються за направленням лікуючого лікаря або терапевта або лікаря Медичного асистансу Страховика лише у тому разі, якщо симптоми захворювання потребують огляду (консультації) такого спеціаліста. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організуються виключно при невідкладних випадках, при цьому вибір ЛПУ належить до компетенції Медичного асистансу. За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень в день звернення Застрахованої особи до Страховика останній може записати Застраховану особу на проведення дослідження без встановлення конкретного часу для звернення.

При призначенні лікарем ЛПУ з переліку Асистансу медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому медичному закладі, Застрахована особа телефонує до Медичного асистансу за телефонами, зазначеними в Полісі (пластиковій картці), та за його направленням відвідує визначений лікарем Медичного асистансу інший консультативно-діагностичний медичний заклад згідно з Програмою страхування Застрахованої особи та конкретним страховим випадком.

11.3.3. При призначенні лікарем медикаментозного лікування Застрахована особа отримує у лікаря ЛПУ з переліку Асистансу рецепт на бланку Страховика та звертається за ліками до ЛПУ (аптечних закладів) з переліку Асистанса. У разі відсутності рецепта на бланку Страховика та/або відсутності медикаментів в ЛПУ з переліку Асистанса Застрахована особа інформує співробітника Медичного асистансу та звертається до рекомендованого ним аптечного закладу або замовляє лікарю доставку ліків додому, до офісу або до стаціонару, в якому перебуває Застрахована особа. Доставка організується протягом 5 – 12 годин, лише у разі наявності такої послуги в місці перебування Застрахованої особи. Заявка про доставку ліків приймається у робочі дні до 15:00 та виконується до 22:00 у робочі дні в місті Києві. Якщо заявка на доставку ліків подана після 15:00, доставка виконується на наступний день. В окремих випадках за письмовим (або телефонним) узгодженням з працівником Медичного асистансу Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати.

11.3.4. При лікуванні в поліклінічних умовах загострення хронічного захворювання Страховик забезпечує (відшкодовує) вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи, але не більше ніж на 30 (тридцять) календарних днів.

11.3.5. Страховик забезпечує (відшкодовує) лікування **двох загострень кожного хронічного захворювання** в поліклінічних умовах протягом строку дії Договору та (або) одного курсу стаціонарного лікування.

11.4. При добровільному медичному страхуванні, у разі звернення до ЛПУ за направленням Медичного асистансу Страховика та отримання ліків за рецептом, Застрахована особа одержує медичні та інші послуги, в тому числі медикаменти безоплатно. В даному випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі шляхом перерахування на рахунок ЛПУ вартості отриманих Застрахованою особою медичних та інших послуг, в тому числі медикаментів. Виплати здійснюються на підставі документів, наданих ЛПУ.

11.5. Застрахована особа повинна попередити працівників ЛПУ (лікаря) про наявність укладеного щодо неї договору страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації в тому числі, що містить персональні данні, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховикові.

11.6. Організація медичних послуг з надання корпоративного ліміту здійснюється за письмовим (в тому числі електронною поштою) погодженням зі Страховиком. Перелік медичних послуг передбачено Програмою страхування та вказано у Полісі Застрахованої особи. За цією Пропозицією встановлюються такі суми корпоративних лімітів на рік на всіх Застрахованих осіб за Кодом клієнта:

11.6.1. за критичними захворюваннями (діагноз за якими було встановлено вперше Застрахованій особі під час дії цієї Пропозиції) – 50 000,00 (п'ятдесят тисяч) гривень 00 копійок,

11.6.2. за захворюваннями зі списку виключень Страховика – 15 000,00 (п'ятнадцять тисяч) гривень 00 копійок,

11.6.3. на формування аптечки – 2 000 грн (дві тисячі) гривень 00 копійок.

11.7. При намірі Застрахованої особи звернутися до медичного закладу з переліку Асистансу або іншого закладу, не передбаченого Договором і Програмою страхування (якщо це передбачено Програмою страхування), Застрахована особа письмово (заява, електронна пошта, засобами мобільного смс-зв'язку (чат-бот) або телефоном обгрунтовує причину звернення до ЛПУ поза переліком Асистансу та узгоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги – виклику швидкої медичної допомоги) зі Страховиком медичний заклад (назву медичного закладу, телефон і лікаря, до якого бажає звернутися), перелік медичних послуг та розмір відшкодування вартості узгоджених медичних послуг, який гарантовано відшкодовується Страховиком.

Лікар узгоджує звернення Застрахованої особи в медичний або інший заклад поза переліком Асистансу, обумовлених Договором, лише у разі обгрунтованості такого звернення (неможливості отримання необхідних медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхування в ЛПУ з переліку Асистансу), окрім випадків надання невідкладної допомоги. У такому разі Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає заяву Страховику про відшкодування витрат за оплачені нею послуги. У такому разі Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені та гарантовані до відшкодування медичні послуги (в тому числі стоматологічні, оздоровчі та інші, передбачені Програмою страхування) та медикаменти безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок або готівкою через касу Страховика у м. Києві.

11.7.1. Якщо Застрахована особа (її представник) самостійно звернулася до ЛПУ не з переліку Асистансу для отримання невідкладної медичної допомоги, вона **зобов'язана негайно**, як тільки з'явиться можливість, повідомити Страховика про звернення чи перебування в ЛПУ (амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному, стоматологічному тощо), не передбаченому Програмою страхування, та його місцезнаходження. У разі не повідомлення Страховика про таке звернення до ЛПУ не з переліку Асистансу без поважних на те причин, Страховик не відшкодовує Застрахованій особі її витрати на оплату медичних послуг, отриманих в такому медичному закладі.

11.7.2. **Для отримання страхової виплати** Застрахована особа спочатку надсилає Страховикові електронною поштою скан копію заяви на виплату (Додаток № 3 до Полісу) з доданням скан-копій всіх документів, оформлених відповідно до вимог чинного законодавства України, що підтверджують настання страхового випадку та оплату застрахованою особою медичних послуг (медикаментів), після цього оригінали цих документів і заяви на виплату надає Страховикові у строк до 10 календарних днів, з дня відправки електронною поштою на адресу Страховика, а саме:

11.7.2.1. Довідку лікаря ЛПУ (виписка з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначенням діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до ЛПУ, перелік наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

11.7.2.2. Фіскальний чек (в разі відсутності в ЛПУ касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), про сплату отриманих медичних та інших послуг;

11.7.2.3. Рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів надається додатково товарний чек);

11.7.2.4. У разі придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа додатково надає довідку лікаря, завірену печаткою ЛПУ, про відсутність в ЛПУ відповідних ліків, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування;

11.7.2.5. У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця (фізичної особи – СПД, суб'єкта господарювання), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг, рекомендованих (призначених) Застрахованій особі;

11.7.2.6. У разі отримання оздоровчих послуг (якщо це передбачено Програмою страхування), Застрахована особа надає фінансовий документ про оплату послуг (фіскальний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер), акт виконаних робіт або довідку з оздоровчого закладу з детальною калькуляцією отриманих послуг (назва, дата, вартість та кількість отриманих послуг), копію ліцензії та копію свідоцтва про сплату єдиного податку (в разі отримання послуг в приватних установах);

11.7.2.7. Копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати, та копію довідки державної податкової адміністрації про присвоєння Застрахованій особі ідентифікаційного номера, у разі отримання виплати особою Застрахованої особи – довіреності, яка видана Застрахованою особою і оформлена нею в установленому порядку, копії довідки державної податкової інспекції про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю.

11.7.2.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати та розрахування розміру страхової виплати або про відмову здійснити страхову виплату.

11.7.3. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата відносяться:

- документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;
- довідки, талони, накладні, консультативні висновки, акти виконаних робіт, калькуляції витрат, товарні чеки аптечних закладів та ін. без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати отриманих медичних та інших послуг або медикаментів;
- квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;
- товарні чеки від приватних підприємств без номера, підпису або печатки приватного підприємця;
- замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури ЛПУ без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;
- копії фінансових документів;
- квитанції про сплату благодійних внесків.

11.7.4. У разі смерті Застрахованої особи Страховик здійснює страхову виплату спадкоємцю такої Застрахованої особи у порядку згідно з чинним законодавством України.

11.7.5. Зазначені у пункті 11.5 Договору документи надаються Страховикові у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами з урахуванням положень пункту 11.7.2.8/11.7.2 цієї Пропозиції.

11.7.6. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та/або в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутній номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову здійснити страхову виплату здійснюється після усунення (виправлення) цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальника та Застраховану особу в письмовій формі протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

11.7.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за рішенням Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку і які повинні бути надані Страховикові.

11.8. Страховик не відшкодовує:

11.8.1. Витрати, пов'язані із лікуванням Застрахованої особи з груп захворювань (виключення із страхових випадків), зазначених у Додатку № 2 до Полісу та у пункті 10.3 цієї Пропозиції;

11.8.2. Витрати на послуги, не передбачені в ЛПУ з переліку Асистиансу конкретною Програмою страхування Застрахованої особи, отримання деяких послуг (у тому числі ведення вагітності) в ЛПУ з переліку Асистиансу, але не призначених для надання цих послуг, витрати на медичні послуги отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг, витрати на медичні та інші послуги, товари (вироби) медичного призначення, окрім випадків, якщо це передбачено умовами Договору, товари (вироби) медичного призначення отримані у суб'єкта господарювання без підтвердження їх оплати фіскальним чеком, або належним чином оформленою квитанцією до прибутково-касового ордеру чи іншим документом, що підтверджує оплату таких послуг та товарів медичного призначення, витрати на лікування та медикаменти, перелік яких наведений у Додатку № 2 до Полісу;

11.8.3. Витрати, здійснені після закінчення строку дії Договору або після дострокового припинення дії Договору, за винятком обставин, коли страховий випадок, пов'язаний із невідкладним стаціонарним лікуванням, що розпочате в період дії Договору. У такому випадку Страховик відшкодовує витрати на невідкладне стаціонарне лікування як в період, так і після закінчення дії або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після закінчення дії Договору;

11.8.4. Витрати на медичні та інші послуги (в тому числі стоматологічні послуги, медикаменти, планове стаціонарне лікування), які призначені протягом строку дії Договору, але отримані після його закінчення;

11.8.5. Витрати на послуги, надання яких не погоджене зі Страховиком, в ЛПУ як з переліку Асистиансу, так і поза цим переліком;

11.8.6. Витрати на засоби, що не зареєстровані як лікарські в Україні та не входять до Державного реєстру лікарських засобів (в т.ч. БАДи, харчові добавки, гігієнічні та косметичні засоби, предмети догляду за хворими тощо);

11.8.7. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження, окрім випадків, коли лікуючий лікар медичного закладу видає письмове направлення на додаткову консультацію (обстеження), або Застрахована особа письмово звернулася з заявою до лікаря Страховика з обґрунтуванням поважних причин про необхідність альтернативної консультації (обстеження) та отримала згоду Страховика.

11.9. На страхування не приймається особа, яка на момент укладення Договору:

а) є інвалідом I, II, III групи та/або інвалідом з дитинства;

б) на час укладення Договору перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована);

в) перебуває на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірновенерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;

г) вживала або вживає наркотичні препарати;

ґ) хворіє на ревматизм, вади серця, гепатит В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефритом, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсією, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренією та іншими), венеричні захворювання, СНІД, ВІЛ-інфекцію; захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами.

11.10. Страховик не несе зобов'язань зі здійснення страхової виплати за оплату Застрахованою особою послуг, що пов'язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі під час заповнення декларації про стан здоров'я (при оформленні такої декларації на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Застрахованою особою Страховик, та не зазначені в декларації про стан здоров'я.

11.11. Страховик не відшкодовує послуги (у тому числі вартість медикаментів), призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини, і не здійснює оплату цих послуг ЛПУ та Застрахованій особі. Не відшкодовуються послуги (у тому числі вартість медикаментів), пов'язані з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями.

11.12. Якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник має чинний договір страхування щодо предмета цієї Пропозиції з іншою страховою компанією, то Страховик здійснює страхову виплату в розмірі тієї частини збитку, яка пропорційна розміру страхової суми за Договором.

11.13. Загальний розмір суми здійснених страхових виплат при настанні страхових випадків протягом строку дії Договору не може перевищувати страхову суму, встановлену для Застрахованої особи.

11.14. У разі здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) для Застрахованої особи зменшується на розмір здійсненої виплати.

11.15. Якщо у місці настання страхового випадку немає ЛПУ з переліку Асистиансу, Страховик відповідно до пункту 11.6 Договору відшкодовує вартість послуг, отриманих Застрахованою особою:

а) у державних та відомчих ЛПУ – у розмірі 100 % вартості отриманих медичних послуг незалежно від Програми страхування;

б) у приватних ЛПУ залежно від Програми страхування, що вказана у Полісі.

При цьому вартість медикаментів відшкодовується у розмірі 100 %.

11.16. Якщо Застрахована особа за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість одержаних медичних та/або інших послуг, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі, розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати.

11.17. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі відповідно до умов Договору у разі самостійної оплати останньою отриманих медичних та інших послуг і придбаних медикаментів на підставі заяви Застрахованої особи і страхового акта, який складає Страховик або уповноважений лікар Асистианса на підставі документів, наданих Застрахованою особою і що підтверджують факт настання страхового випадку відповідно до пункту 11.5 Пропозиції.

11.18. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати відповідно до пункту 11.5 Пропозиції, Страховик:

11.18.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок Застрахованої особи або через касу Страховика у м. Києві;

11.18.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

11.18.3. Приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати відповідно до пункту 11.20 Договору. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття.

11.19. У разі виникнення спорів між Сторонами Договору щодо причин і розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає проведення такої експертизи. У разі визнання події страховим випадком Страхувальникові відшкодується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

11.20. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:

11.20.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у виплаті) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до пункту 11.5 Пропозиції;

11.20.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір завданого збитку. У цьому випадку з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру збитку Страховик має право провести додаткову перевірку обставин, направляти запити до компетентних органів або замовити проведення експертизи (дослідження тощо), яку проводить незалежний фахівець (експерт), який має відповідно до чинного законодавства України належні повноваження. Рішення про виплату або відмову здійснити страхову виплату Страховик приймає не пізніше 10 (десяти) робочих днів після складення Страховиком документа про результати проведення додаткової перевірки, отримання відповідей на запити або отримання звіту про експертизу (дослідження тощо), але не пізніше ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів від дня одержання останнього документа з переліку документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку;

11.20.3. Щодо Страхувальника (Застрахованої особи) за страховим випадком порушена кримінальна справа – до ухвалення вироку (рішення суду) або припинення провадження у кримінальній справі.

11.21. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг відповідно до умов Договору на підставі документів, обумовлених Договором, що підтверджують факт настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг, а також страхового акта, який складає Страховик.

11.22. **Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:**

11.22.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або особи, на користь якої укладений Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянських або службових обов'язків, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності й ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника й інших зазначених у цьому пункті осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.22.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладений Договір, членами їхніх сімей, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

11.22.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, в тому числі про ступінь страхового ризику та інші відомості, що могли би вплинути на розмір страхового платежу або на розмір страхового відшкодування, або про факт та обставини настання страхового випадку, в тому числі приховування такої інформації;

11.22.4. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру й розміру завданого збитку;

11.22.5. Виключення зі страхових випадків, передбачені у пункті 11.8 Договору та Додатку № 2 до Полісу Договору;

11.22.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених у пункті 9.1.1 цієї Пропозиції;

11.22.7. Інші випадки, передбачені законом.

12. УМОВИ ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ПЕРЕЛІКУ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ (ВКЛЮЧЕННЯ (ДОСТРАХУВАННЯ), ВИКЛЮЧЕННЯ ДО/З ПЕРЕЛІКУ ЗАСТРАХОВАНИХ, ІНШІ ЗМІНИ)

12.1. У разі виникнення необхідності у дострахованні нових осіб, змін у Програмах страхування, заміні виключених осіб за цією Пропозицією, Страхувальник направляє Страховику заяву (за формою Страховика) факсом, або скановану копію електронною поштою, в якій зазначає всі необхідні відомості (П.І.Б, дату народження, фактичну адресу проживання контактні телефони, Програма страхування, номер полісу (стосується осіб, що виключаються зі списку). Після надходження заяви Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оформляє додатковий договір про внесення змін до Договору та надає до підпису Страхувальнику. Додатковий договір з визначеними змінами набирає чинності з дати, що зазначена у такому додатковому договорі, але не раніше його підписання обома Сторонами.

Внесення до списку Застрахованих осіб нових осіб, членів їх сімей, виключення осіб із цього списку, заміна осіб в списку Застрахованих осіб, зміна Програми страхування здійснюється на наступних умовах:

12.1.1. Якщо протягом строку дії цієї Пропозиції Страхувальник включає до переліку Застрахованих нових осіб згідно з пунктом 9.1.5 Договору, Страховик здійснює перерахунок загального страхового платежу, розмір якого визначається згідно з таблицею коефіцієнтів, які застосовуються до страхового платежу, обумовленого цією Пропозицією і Програмою страхування на дату укладення Договору, залежно від строку страхування. Відповідно перераховується страхова сума та ліміти за окремими Програмами страхування.

12.1.2. Таблиця коефіцієнтів, які застосовуються при розрахунку загального страхового платежу та лімітів на окремі Програми страхування. При цьому неповний місяць страхування, вважається повним.

Кількість місяців, що залишились до закінчення строку дії Договору	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт до розміру страхового платежу та лімітів відповідальності	0,08	0,16	0,25	0,33	0,42	0,5	0,58	0,66	0,75	0,83	0,92	1,00

12.1.3. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім'ї працівника (чоловік, дружина, діти) можливе лише протягом першого місяця дії цієї Пропозиції. Страховий платіж при цьому встановлюється відповідно до Програми страхування, передбаченої у Полісі до Договору для Страхувальника (Застрахованої особи), члени сім'ї якого включаються до переліку Застрахованих осіб.

12.1.4. Включення до переліку Застрахованих осіб членів сім'ї (чоловіка, дружини, дітей, батьків) після першого місяця дії Договору можливе за лише базовими опціями ("Амбулаторно-поліклінічна допомога", "Стационарна допомога", "Медикаментозна забезпечення", "Невідкладна медична допомога") та тарифами Страховика для фізичних осіб з урахуванням висновків акта передстрахової експертизи, складеного на підставі декларації про стан здоров'я родича, який страхується, а для дітей до 1 (одного) року додатково згідно з консультативним висновком педіатра та копії виписки з пологового будинку. Строк страхування для додатково Застрахованої особи – члена сім'ї визначається за кількістю місяців, що залишилися до закінчення дії такого Договору, при цьому розмір страхового платежу визначається згідно з таблицею коефіцієнтів, зазначеної в пункті 12.1.1 Договору, які застосовуються до страхового платежу залежно від строку страхування, і відповідно перераховується страхова сума та ліміти за окремими Програмами страхування.

12.1.5. Перехід, за бажанням Застрахованої особи, із однієї Програми страхування на іншу протягом дії Договору - не здійснюється.

12.1.6. Додатковий страховий платіж, страхова сума та ліміти на окремі Програми страхування для такої Застрахованої особи визначаються за формулою:

$$S = (A - B) / 365 (366) * C,$$

де: S – додатковий страховий платіж/страхова сума/ ліміти:

A – річний страховий платіж/страхова сума/ліміти за новою Програмою страхування;

B – річний страховий платіж/страхова сума/ліміти за діючою Програмою страхування;

C – строк дії страхового покриття (в днях) для Застрахованої особи за новою Програмою страхування.

12.1.7. Якщо протягом строку дії цієї Пропозиції Страхувальник проводить заміну Застрахованої особи, щодо якої не здійснювались страхові виплати, то ця заміна здійснюється без сплати страхового платежу на особу, що підлягає страхуванню та оформляється додатковим договором, який набирає чинності з дня, зазначеного у відповідному додатковому договорі, підписаному Сторонами, але не раніше дня підписання Сторонами такого додаткового договору.

12.1.8. Якщо протягом строку дії цієї Пропозиції Страхувальник виключає з переліку Застрахованих осіб будь-яку особу, страхове покриття щодо такої особи припиняється з дати, зазначеної у відповідній заяві Страхувальника.

У такому випадку Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачений страховий платіж для такої Застрахованої особи за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30 % страхового платежу (визначених при розрахунку страхового тарифу) та фактичних страхових виплат, що були здійснені цій Застрахованій особі протягом строку дії Договору.

12.2. Розрахунок страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику, Страховик здійснює після проведення всіх розрахунків з Асистансом, але не пізніше 45 (сорока п'яти) днів з дати виключення Застрахованої особи із переліку Застрахованих осіб.

12.3. Повернення страхового платежу Страхувальнику здійснюється протягом 10 (десяти) календарних днів після підписання Сторонами відповідного додаткового договору до Договору.

13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

13.1.1. Закінчення строку дії Договору;

13.1.2. Несплати Страхувальником страхового платежу (першої частини), чергової частини страхового платежу в розмірі та строки, передбачені Договором відповідно до умов передбачених у Розділі 8 Пропозиції. При цьому Сторони дійшли згоди, що Страховик не зобов'язаний пред'являти Страхувальникові вимогу про необхідність сплатити страховий платіж (його чергову частину);

13.1.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

13.1.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

13.1.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";

13.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

13.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

13.2. Дію Договору також може бути припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. У такому випадку Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страхувальник або Страховик), направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менш ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься односторонньою відмовою від Договору.

13.3. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

13.4. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

13.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

13.6. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

13.7. Частина страхового платежу, що належить до повернення, повинна бути виплачена протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії цієї Пропозиції.

13.8. У разі дострокового припинення дії Договору повернення страхового платежу не може бути здійснене в іншій формі, ніж у тій, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

13.9. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків:

13.9.1. Здійснення страхових виплат; або

13.9.2. Прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату.

13.10. У випадку смерті Застрахованої особи або втрати нею дієздатності протягом строку дії Договору страховий платіж, сплачений щодо такої Застрахованої особи не повертається.

13.11. Якщо в період дії Договору Страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з Договору, переходять до правонаступника Страхувальника.

13.12. Будь-які зміни та доповнення до дійсного Договору вносяться тільки по узгодженню Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною шляхом оформлення відповідного додаткового договору, підписаного уповноваженими представниками Сторін.

13.13. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників, що відповідає кількості примірників Договору.

13.14. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

13.15. З моменту отримання заяви однією із Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

13.16. У разі збільшення офіційного обмінного курсу долара США, встановленого НБУ по відношенню до гривні, на 10 (десять) % та більше від офіційного обмінного курсу долара США, встановленого НБУ на дату укладення Договору страхування, Сторони домовились укласти додатковий договір про збільшення страхової суми та страхового платежу пропорційно збільшенню курсу та доплату Страхувальником страхового платежу та (або) зміну інших умов страхування (введення та/або зміна лімітів відповідальності, розміру франшиз тощо).

13.17. Два екземпляри такого додаткового договору, підписані Страховиком, направляються Страхувальнику, підписуються ним та один екземпляр додаткового договору направляється Страховику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання Страхувальником від Страховика двох екземплярів додаткового договору.

13.18. Якщо Страхувальник відмовляється від укладення такого додаткового договору та доплати страхового платежу та/або зміни інших умов страхування (введення та/або) зміна лімітів відповідальності, розміру франшиз тощо), Сторони дійшли згоди, що у разі, якщо збитковість за Договором страхування становить 80 % та більше відсотків, дія Договору страхування припиняється з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня наступного за днем закінчення визначеного цим пунктом Договору страхування строку для укладення Сторонами додаткового договору. У цьому випадку Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії Договору страхування повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу, у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

Збитковість за Договором страхування визначається як співвідношення суми здійснених застрахованим особам страхових виплат за період від дати початку дії Договору страхування до дати, що на один календарний місяць передує даті закінчення визначеного цим пунктом Договору страхування строку для укладення Сторонами додаткового договору, до загального страхового платежу за такий період.

Загальний страховий платіж за період від дати початку дії Договору страхування до дати, на яку рахується збитковість за Договором страхування, визначається як загальний страховий платіж за Договором страхування помножений на кількість днів за період з дати початку дії Договору страхування до дати, на яку рахується збитковість, та поділений на загальну кількість днів строку дії Договору.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов цієї Пропозиції, вирішуються шляхом переговорів, а у разі неврегулювання спору у добровільному порядку – у порядку згідно з чинним законодавством України.

14.2. У разі виникнення спорів між Сторонами з приводу причин та розміру страхової виплати кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи.

14.3. Експертиза проводиться за рахунок Сторони, яка вимагала її проведення.

15. ІНШІ СУТТЄВІ УМОВИ

15.1. Усі повідомлення, що стосуються зміни умов страхування за цією Пропозицією будуть вважатися зробленими належним чином, тільки якщо вони здійсненні у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом (кур'єром, телеграфом) або врученні особисто за зазначеними адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення або дата поштового штемпеля відділу зв'язку одержувача.

15.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями цієї Пропозиції та положеннями Правил або інформацією, зазначеною у заяві, застосовуються умови, визначені цією Пропозицією.

15.3. Не обумовлені цією Пропозицією умови страхування регламентуються Правилами та чинним законодавством України.

15.4. За цією Пропозицією Договір страхування укладається у двох примірниках, українською мовою, що мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної із Сторін.

15.5. Сторони домовилися вважати всю інформацію, будь-які матеріали та відомості, що пов'язані з операціями, які відбуваються відповідно до цієї Пропозицією, конфіденційною інформацією.

15.6. Конфіденційна інформація може передаватися третім особам на умовах, визначених цією Пропозицією, крім випадків, коли це пов'язано з одержанням офіційних дозволів, документів для виконання своїх зобов'язань за цією Пропозицією або сплати податків та інших обов'язкових платежів, а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.7. Сторони за Договором не можуть передавати свої права та/або обов'язки без письмової згоди на це іншої Сторони.

15.8. Страхувальник підтверджує, що ним було отримано згоду Застрахованих осіб на обробку їх персональних даних в базі даних договорів страхування та страхувальників Страховика з метою супроводження, виконання та врегулювання страхових випадків за Договором, та підтверджує, що Страховик повідомив йому відомості, визначені ч.2 статті 12 Закону України "Про захист персональних даних".

15.9. Невід'ємною частиною Договору є Поліс – Індивідуальна частина Договору.

15.9.1. До Полісу додаються:

- Додаток № 1 – Перелік ЛПУ;
- Додаток № 2 – Виключення Страховика із переліку захворювань;
- Додаток № 3 – типова форма Заяви на виплату.