



СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ЕТАЛОН"
адреса: 03067, м. Київ, вул. Гарматна, буд. 8, прим. 6
код ЄДРПОУ 20080515; тел. 0-800-305-800, 0(44) 392-03-16 (цілодобово)
office@etalon.ua; <http://www.etalon.ua>

ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

місце укладення	м. Київ	№	– 030	дата укладення	. .20 р.
1. Страховик	Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон"				
в особі	Начальника Управління особистого страхування Юзви Я.Ф. посада, П.І.Б.				
діє на підставі	довіреності довіреності, статуту тощо	№	04-2026 серія, номер	від	01.01.2026 р.
IBAN	UA73 300335 0000000 26500 2150398	у	АТ "Райффайзен Банк" назва установи банку		
2. Страхувальник	ПІБ/повна назва			РНОКПП/ЄДРПОУ	
в особі	посада, П.І.Б.				
дата народження	діє на підставі	паспорту, довіреності, статуту тощо		№	серія, номер
	IBAN	UA	у	назва установи банку	
адреса					
телефон			e-mail:		

далі разом по тексту – Сторони, а кожен окремо – Сторона, відповідно до Закону України "Про страхування", на підставі ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (Витяг Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 04.06.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа, а саме: "Діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування)" та Загальних умов страхового продукту "Медичне страхування" (надалі-ЗУСП), затверджених Рішенням Правління №Р-03/24-10/40 від 18.10.2024 р. з датою початку дії з 20.10.2024 р. та розміщених на веб-сайті Страховика за посиланням: http://www.etalon.ua/off-line/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/dobrovilne_ms/ZUSP030-MS_2.pdf уклали Договір медичного страхування (далі – Договір) за **Класом страхування 2** "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", про нижченаведене:

3. Предмет Договору	передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.
---------------------	---

4. Об'єкт страхування	здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи).
Реєстр Застрахованих осіб (далі – Реєстр), на користь яких укладено цей Договір та умови, на яких вони застраховані (страхова сума, страховий тариф, страхова премія, періоди страхування, строк дії страхового захисту, загальна страхова премія за Договором та строк(и) її оплати), наведено у Додатку 1 до цього Договору, що є його невід'ємною частиною. Страхування за цим Договором здійснюється на умовах комплексних Програм медичного страхування (далі – Програми страхування), умови яких наведені в Додатку 2 до цього Договору, що є його невід'ємною частиною.	

5. Страховий ризик	– непередбачене гостре захворювання Застрахованої особи, що потребує надання необхідної медичної допомоги; – загострення хронічної хвороби Застрахованої особи, що потребує надання необхідної медичної допомоги; – розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку, який трапився із нею під час дії Договору, та на території дії Договору; – необхідність звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії у інших випадках, передбачених Програмами страхування.
--------------------	---

5.1 **На страхування не приймаються:** особи, визнані у встановленому порядку недієздатними; особи, які є інвалідами I – II групи; особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, спинного мозку, ураження нервової системи, наслідки перенесеного менінгоенцефаліту), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих медичних закладах (диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).

5.2 Страховик має право достроково припинити дію Договору на умовах, передбачених цим Договором, якщо буде виявлено факт відношення Застрахованої особи до груп, зазначених в п.5.1 цього Договору.

6. Страховий випадок	звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з метою отримання інших послуг, якщо це передбачено Програмою страхування, та отримання необхідної медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програми страхування та Лімітів страхування на території дії Договору.			
7. Територія дії	територія України , яка на момент настання страхового випадку не є тимчасово окупованою територією та на якій присутні та функціонують місцеві органи влади та органи правопорядку України.			
8. Строк дії договору	з 00 ⁰⁰	. 20 р.	по 24 ⁰⁰	. 20 р.
9. Додаткові умови	☐ Наявність чинного договору медичного страхування Застрахованої особи			назва страхової компанії, номер договору

10. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

В цьому Договорі терміни та визначення вживаються в такому значенні:

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, зазначеним в Договорі, на умовах, передбачених таким Договором. Договором передбачена назва та контактні дані Асистуючої компанії. У випадку заміни Асистуючої компанії, Страховик зобов'язаний невідкладно повідомити про це Страхувальника і надати оновлені дані. Станом на дату підписання цього Договору Спеціалізованою службою Страховика є "Смарт Ассистанс".

Асистуючі послуги - допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Верифікація - заходи, що вживаються Страховиком з метою перевірки (підтвердження) належності Страхувальнику отриманих Страховиком ідентифікаційних даних.

Гостре захворювання – раптове порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи.

Загострення хронічної хвороби – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових.

Застрахована особа – фізична особа, резидент або нерезидент України, на користь якої укладається Договір.

Ідентифікація – встановлення особи Страхувальника на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів, під час його звернення до Страховика з метою укладання договору страхування та/або отримання страхової виплати.

Інформаційно-телекомунікаційна система (далі - ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

Ліміт відповідальності – граничний розмір страхової виплати, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладенні Договору по Програмах страхування або окремих видах страхових послуг.

Медичний заклад – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад, що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Асистуючою компанією укладено договір про співпрацю.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи.

До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, отруйних комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Під заподіянням шкоди життю, здоров'ю та працездатності внаслідок нещасного випадку розуміють травматичне ушкодження здоров'я (травму, забій, рану, перелом, черепно-мозкова травму, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, в т.ч. отримані внаслідок дії іншої особи), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, тощо.

Програма медичного страхування – перелік видів медичної допомоги та послуг певного обсягу та якості (опції), що надаються Застрахованій особі згідно з Договором.

Страхова виплата – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі.

Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором.

Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

Страховий захист – зобов'язання Страховика за Договором щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку.

Франшиза (безумовна) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ТА НАБУТТЯ ЧИННОСТІ ДОГОВОРУ

11.1 Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. За згодою Сторін Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на підставі письмової Заяви на страхування (далі – **Заява**). Страхувальник несе відповідальність за достовірність відомостей, наведених в Заяві.

11.2 **Порядок укладання Договору у формі електронного документу.**

11.2.1 Договір оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію".

11.2.2 Договір та інші документи на виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (надалі - електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова "укласти", "підписати", "надати", "передати", "вручити", які зустрічаються в тексті Договору, при використанні кваліфікованого електронного підпису (**КЕП**), удосконаленого електронного підпису (**УЕП**) (на період воєнного часу) передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений за допомогою ІТС Страховика та/або через електронний документообіг.

11.2.3 **Порядок укладання Договору із Страхувальником - фізичною особою.**

11.2.3.1 Для укладення Договору Страхувальник, попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою п.22.3 цього Договору, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в письмовій формі:

- **повідомляє** представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг (далі – **представник Страховика**), інформацію про себе (прізвище, ім'я, по батькові, адресу реєстрації, дату народження, реєстраційний номер облікової картки платника податку, номер (та за наявності - серія) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, номер мобільного зв'язку, адресу електронної пошти) та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

- **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

- **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

11.2.3.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору та формує його проект (надалі – Пропозиція), враховуючи індивідуальні потреби Страхувальника, та надсилає її Страхувальнику засобами електронної комунікації. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати. Одночасно з Пропозицією, за допомогою ІТС Страховика, Страхувальнику надсилається **одноразовий ідентифікатор** на зазначений Страхувальником засіб

електронного/мобільного зв'язку.

11.2.3.3 У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України "Про електронну комерцію" безумовним прийняттям (**акцептом**) Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір вважається підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

11.2.3.4 Страхувальник підтверджує свою згоду з умовами викладеними в Пропозиції та надає дозвіл на використання та обробку його персональних даних шляхом повідомлення представнику Страховика одноразового ідентифікатору. Представник Страховика перевіряє дані викладені в Пропозиції, після чого вносить отриманий ідентифікатор у спеціальне поле Договору в ІТС Страховика та активує/підтверджує його внесення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника (одноразовий ідентифікатор) відображається в Договорі.

11.2.3.5 Особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, підписує зі своєї сторони Договір шляхом накладання КЕП (УЕП), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання.

11.2.4 Порядок укладання Договору із Страхувальником - юридичною особою.

11.2.4.1 Для укладення Договору Страхувальник (його уповноважена особа), попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою **п.22.3** цього Договору, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в письмовій формі:

- **повідомляє** представнику Страховика повне найменування, П.І.Б. підписанта Договору, код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), місцезнаходження, реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, П.І.Б. та номер мобільного зв'язку контактної особи Страхувальника, адресу електронної пошти та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

- **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

- **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

11.2.4.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору, формує проект (надалі – Пропозиція), враховуючи індивідуальні потреби Страхувальника, та надсилає її Страхувальнику у вигляді електронного повідомлення. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.

11.2.4.3 Страхувальник узгоджує умови, викладені в Пропозиції шляхом накладання на Договір **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання, та надсилає документи Страховику у вигляді електронного повідомлення.

11.2.4.4 Уповноважена особа Страховика зі свого боку підписує Договір **КЕП (УЕП)** (на період воєнного часу) та надсилає підписаний обома Сторонами примірник Договору Страхувальнику.

11.2.5 При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

- здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП (УЕП) (на період воєнного часу) уповноважених осіб;

- кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси;

- кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього КЕП (УЕП) (на період воєнного часу);

- підписаний обома Сторонами Договір направляється Страхувальнику у формі електронного документу на зазначений Страхувальником засіб електронного зв'язку. Сторони домовилися, що відправка підписаного Договору у формі електронного документу є належним врученням Договору Страхувальнику. Дата, час, факт відправлення Договору Страхувальнику зберігається в електронній базі Страховика;

- якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

11.2.6 На письмову вимогу Страхувальника копія Договору у формі електронного документу може бути відтворена на паперовому носії протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик здійснює вручення такої копії, завіреної підписом уповноваженого представника Страховика.

11.3 Порядок укладання Договору у формі паперового документу.

11.3.1.1 За цим Розділом діють **п.11.2.3.1** або **п.11.2.4.1** цього Договору.

11.3.1.2 На підставі даних, отриманих в Заяві, Страховик приймає рішення про укладання Договору.

11.3.1.3 Договір укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін.

11.3.1.4 Примірник Договору, укладеного у паперовій формі, надається Страховиком Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами безпосередньо в офісі Страховика або поштовим відправленням на зазначену Страхувальником поштову адресу.

11.4 Набуття чинності Договору.

11.4.1 Договір набуває чинності з 00 год. 00 хв. (за київським часом) дня, вказаного в **п.8** цього Договору, як дата початку строку дії Договору (першого періоду страхування), але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дня,

наступного за днем надходження повної суми страхової премії (її першої частини) на поточний рахунок Страховика. Якщо Страхувальник не сплатив страхову премію (її першу частину) у строк та в обсязі, що визначені Договором - такий Договір вважається таким, що не набув чинності.

11.4.2 У разі, якщо Страхувальник сплатив повну суму страхової премії (її першої частини) пізніше строку, що визначений цим Договором, то цей Договір вважається таким, що набув чинності, але страховий захист починається з 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем надходження страхової премії (її першої частини) на рахунок Страховика.

11.4.3 Договір закінчується о 24 год. 00 хв. дати, що зазначена в п.8 як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення.

11.4.4 Страховий захист щодо окремої Застрахованої особи надається Страховиком протягом строку, зазначеному в Реєстрі, за такою особою, та який має закінчуватися датою закінчення строку дії цього Договору.

11.4.5 Особливості сплати загального страхового платежу частинами (за періодами страхування):

- дія страхового захисту продовжується на кожен наступний період страхування за умови сплати чергового страхового платежу в повному обсязі за відповідний період не пізніше дати, встановленої у Договорі як кінцева дата строку сплати цього платежу;

- у випадку несплати чергового страхового платежу або сплати страхового платежу у неповному обсязі у строки, встановлені у Договорі, страховий захист не продовжується на наступний період страхування. Якщо черговий страховий платіж за наступний період страхування сплачено в повному обсязі не пізніше, ніж через 30 (тридцять) календарних днів з дати, встановленої у Договорі як кінцева дата строку сплати чергового страхового платежу (надалі - період очікування), дія страхового захисту на наступний період страхування поновлюється з дати, наступної за датою надходження чергового страхового платежу на поточний рахунок Страховика;

- у випадку несплати Страхувальником чергового страхового платежу або сплати чергового страхового платежу у неповному обсязі у строк більший, ніж період очікування, цей Договір вважається припиненим та втрачає чинність;

- Страховик звільняється від обов'язку щодо страхової виплати за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті частини страхового платежу за цим Договором;

- Страховик не зобов'язаний повідомляти Страхувальника про необхідність оплати чергового страхового платежу за Договором;

- у випадку зміни банківських реквізитів Страховик повідомляє про це Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни, але в будь-якому разі не пізніше ніж за 3 (три) робочі дні до кінцевої дати сплати чергового страхового платежу за цим Договором;

- для повернення страхового платежу (його частини) в усіх випадках, коли Договір не набув чинності (не продовжив свою дію на наступний період) з вищезазначених причин, - Страхувальник зобов'язаний надати Страховику письмову Заяву із зазначенням реквізитів для його перерахування, а Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника заяви із реквізитами для повернення платежу, повернути такий платіж Страхувальнику. Страховик не несе жодних зобов'язань, крім перерахування суми фактично сплаченого чергового страхового платежу Страхувальнику після отримання заяви із реквізитами для повернення.

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

12.1. **Страхувальник має право:**

12.1.1. на етапі укладення і протягом дії Договору отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

12.1.2. ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення дії Договору з письмовим повідомленням Страховику про причини такого рішення в порядку, передбаченому цим Договором та лише у випадках, передбачених частиною 2 ст. 634 Цивільного кодексу України. Заміна Застрахованої особи можлива лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою за наявності письмової згоди Застрахованої особи, що замінюється та Страховиком. Процедура заміни Застрахованої особи передбачена п.п.14.10-14.11 Договору;

12.1.3. у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дублікату (у разі укладання Договору в паперовій формі);

12.1.4. вимагати від Страховика оплату медичних послуг певного переліку і якості в обсязі Програми страхування, що передбачена Додатком 2 до цього Договору;

12.1.5. звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги.

12.2. **Страхувальник зобов'язаний:**

12.2.1. сплачувати страхову премію у порядку і строки, встановлені Договором;

12.2.2. **повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір** та ознайомити з умовами страхування;

12.2.3. протягом строку дії Договору письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику відповідно до п.14.3 цього Договору;

12.2.4. письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкту Договору, як на момент укладання так і під час дії Договору;

12.2.5. в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та проводити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

12.2.6. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

12.3. Застрахована особа має право:

12.3.1. у разі настання страхового випадку отримувати медичну допомогу належної якості, в обсягу Програм страхування та в межах лімітів відповідальності, які передбачені цим Договором;

12.3.2. провести під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за згодою Сторін;

12.3.3. повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

12.4. Застрахована особа зобов'язана:

12.4.1. суворо дотримуватись інструкцій Асистуючої компанії або Страховика, що їх даватимуть у разі настання страхового випадку;

12.4.2. проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому надається медична допомога;

12.4.3. турбуватися про збереження страхових документів (Картки Застрахованої особи тощо) і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

12.4.4. у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

12.4.5. достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

12.4.6. надавати Страховику, Асистуючій компанії можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

12.4.7. повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені п.16.1 цього Договору.

12.5. Страховик має право:

12.5.1. перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей, іншу інформацію, надану Страхувальником, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику;

12.5.2. вимагати проведення попереднього медичного обстеження Застрахованих осіб з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику;

12.5.3. у разі підвищення ступеня страхового ризику щодо об'єкту Договору запропонувати Страхувальнику внести зміни в умови Договору відповідно до **Розділу 14** цього Договору;

12.5.4. направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

12.5.5. повністю або частково відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених п.18.1 цього Договору;

12.5.6. відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених Договором;

12.5.7. включати медичний заклад/аптеку у Список медичних закладів (База ЛПЗ) Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і по Договору в цілому;

12.5.8. виключати зі Списку медичних закладів Страховика, медичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою.

12.5.9. змінювати категорію медичного закладу в разі значного (20% та більше) збільшення або зменшення цін на послуги.

12.6. Страховик зобов'язаний:

12.6.1. ознайомити Страхувальника з ЗУСП та умовами Договору;

12.6.2. видати Страхувальнику Договір за встановленою Страховиком формою, а в разі його втрати – дублікат Договору (у разі укладання Договору у паперовій формі);

12.6.3. у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим;

12.6.4. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;

12.6.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі збільшення страхової суми внести зміни в Договір;

12.6.6. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, не розголошувати відомостей про Страхувальника, про стан здоров'я Застрахованих осіб, з урахуванням вимог Закону.

13. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

13.1 За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

13.2 Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01%** від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

14.1. Зміни умов та доповнення до Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору страхування.

14.2. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору страхування (при укладенні Договору в паперовій формі).

14.3. Протягом строку дії Договору Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, письмово повідомити Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та/або інші обставини, що впливають на розмір страхової премії.

14.4. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.

14.5. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу.

14.6. Страхувальник, якому запропоновано змінити умови Договору, зобов'язаний протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів сплатити додатковий страховий платіж.

14.7. У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цього Договору.

14.8. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.

14.9. Зміни до Договору надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір, до якого зміни вносяться. Будь-які пропозиції Страховика Страхувальникові щодо зміни умов Договору здійснюються шляхом направлення Страховиком Страхувальникові повідомлення в письмовій формі засобами електронного зв'язку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про внесення змін до Договору.

14.10. Виключення окремих осіб з Реєстру Застрахованих осіб.

14.10.1. Страхувальник подає Страховику заяву на виключення Застрахованих осіб не менше, ніж за 1 (один) робочий день до кінцевої дати надання страхового захисту за такими особами.

14.10.2. У разі виключення Застрахованих осіб з Реєстру, Договір припиняє свою дію стосовно цих осіб. При цьому, якщо стосовно певної Застрахованої особи страхова премія сплачена не повністю, то Страхувальник повинен доплатити залишок страхової премії за таку Застраховану особу і тільки після отримання Страховиком доплати від Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору щодо вказаної Застрахованої особи, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору у розмірі **35%** та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору.

14.11. Включення нових осіб до Реєстру Застрахованих осіб.

14.11.1. Страхувальник подає Страховику заяву за потреби, але не частіше 1 (одного) разу на місяць чи разом з заявою щодо виключення осіб з Реєстру, та не менше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до початкової дати надання страхового захисту за такими особами.

14.11.2. Страхова сума, ліміти відповідальності та страхова премія для нових осіб, включених до Реєстру, розраховуються пропорційно коефіцієнту короткостроковості, виходячи зі строку надання захисту за такими особами. При цьому, неповний місяць приймається за повний:

Кількість місяців надання захисту	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

14.11.3. Не допускається включення нових осіб до Реєстру Застрахованих осіб, якщо до кінця строку дії цього Договору залишилося (тривалість надання страхового захисту) менше 2 (двох) місяців.

14.12. Зміна Програми страхування щодо певної Застрахованої особи можлива виключно протягом перших 6 (шести) місяців дії Договору по відношенню до такої Застрахованої особи і за умови сплати повної суми різниці вартості Програми страхування, якщо інше не узгоджено Сторонами.

14.13. У разі зміни Страхувальником Застрахованих осіб за цим Договором (заміни одних Застрахованих осіб іншими), страхова премія, що підлягає поверненню Страхувальнику за осіб, що були виключені із Реєстру може бути зарахована в рахунок сплати страхової премії за Застрахованих осіб, які були включені у Реєстр, що повинно бути узгоджено Сторонами у відповідній додатковій угоді.

14.14. Сторони домовились про наступний порядок заміни Страховиком інформації **про страхового посередника**, (якщо Договір страхування був укладений за участю такого посередника, інформація про якого міститься в п.22.8 цього Договору):

14.14.1 У разі заміни страхового посередника, зазначеного в Договорі, після укладення Договору та протягом строку його дії, Страховик направляє Страхувальнику лист (повідомлення про заміну Страховиком інформації про страхового посередника, зазначеної в Договорі) протягом **20 (двадцяти) робочих днів** з дати заміни страхового посередника на електронну або поштову адресу Страхувальника, зазначену в Договорі.

14.14.2 Сторони погодили, що направлення повідомлення вважається належним чином виконаним обов'язком Страховика щодо актуалізації інформації про страхового посередника у разі його заміни під час дії Договору.

14.14.3 За наявності письмової вимоги Страхувальника, щодо укладення додаткового договору до Договору з метою актуалізації інформації про страхового посередника, Сторони зобов'язані укласти додатковий договір протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати отримання вимоги від Страхувальника.

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

14.15.1 закінчення строку дії Договору;

14.15.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

14.15.3 несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором строки, з урахуванням положень, зазначених у ньому;

14.15.4 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених статтею 100 Закону;

14.15.5 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.15.6 набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

14.15.7 в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

14.16. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі статтею 105 Закону. Гранична частка Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить **35%** від страхової премії.

14.17. У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів**, з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.

14.18. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення при визнанні випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

14.19. Повернення страхового платежу при достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страхувальника (як загалом по Договору, так і по відношенню до конкретних Застрахованих осіб, визначених в межах окремих додаткових угод) здійснюється тільки у випадку позитивного фінансового результату за Договором на відповідну поточну дату. При цьому під фінансовим результатом розуміється позитивна величина страхового платежу, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього Договору у розмірі **35%** та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору.

15. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1 Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

15.1.1 договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцять) календарних днів;

15.1.2 випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.

15.2 Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

15.3 Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

15.4 У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання Страховиком оригіналу заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

16. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

16.1 У випадках, що мають ознаки страхових та передбачені цим Договором, Застрахована особа повинна якнайшвидше звернутися до Асистуючої компанії за телефоном, що зазначений в Картці Застрахованої особи та отримати інформацію щодо подальших дій.

16.2 Медичні послуги Застрахованій особі надаються медичними закладами за умови пред'явлення нею представникам медичного закладу таких документів:

- письмового направлення лікаря-експерта Асистуючої компанії (якщо надання медичних послуг не було попередньо домовлено по телефону);
- Договору (у разі укладення Договору у паперовій формі) або Картки Застрахованої особи;
- документу, що посвідчує особу.

16.3 Якщо Застрахованій особі необхідна невідкладна або екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

17. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

17.1 Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

17.1.1 перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав послуги, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги. Форма вказаних документів і порядок розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистуючою компанією або іншим закладом, що надав послуги;

17.1.2 відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних послуг у разі самостійної їх оплати за умови надання всіх документів, що перераховані у п.17.9 цього Договору та підтверджують факт настання страхового випадку, факт і розмір оплати медичних послуг.

17.2 Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі документів, перерахованих у п.17.9 цього Договору, за умови попереднього погодження медичної допомоги та медичних послуг з Асистуючою компанією/Страховиком у медичних закладах відповідної категорії зі списку Страховика, наведеному у Договорі.

17.3 Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних послуг чи придбала медикаменти за виписаними лікуючим, або довіреним лікарем Страховика або Асистуючої компанії рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі документів, зазначених у п.17.9 цього Договору.

17.4 При одержанні медичних послуг без попереднього погодження з Асистуючою компанією або Страховиком – вартість таких послуг (при наявності документального підтвердження витрат) оплачується в розмірі вартості аналогічних послуг в розрахунковій клініці, що визначена в Договорі у межах лімітів Програми страхування.

17.5 Призначені лікуючим лікарем за медичними показаннями медикаменти оплачуються відповідно до умов Договору.

17.6 При наявності в Програмі страхування франшизи, виплата здійснюється за виключенням відповідної її частки за тим видом медичної допомоги, за яким вона встановлена. Розмір вирахованої франшизи може сплачуватися Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання послуг.

17.7 Застрахована особа зобов'язана повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, що за законом або Договором повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на страхову виплату.

17.8 Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у п.17.9 Договору, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті.

17.8.1 У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик у 5 (п'яти)денний термін з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу, в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

17.8.2 У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати вона здійснюється Застрахованій особі протягом 7 (семи) робочих днів з дня підписання страхового акту.

17.8.3 Страховик має право відстрочити прийняття рішення про виплату/відмову у страховій виплаті у наступних випадках:

- якщо правоохоронними органами відкрито кримінальне провадження за фактом настання страхового випадку і триває розслідування обставин, які призвели до збитку, — строк на прийняття рішення рахується з дати закриття кримінального провадження, одержання Страховиком вироку (рішення) суду, що набрав(-ло) законної сили, або визнання вини особисто Страхувальником (Застрахованою особою);

- якщо об'єм і характер шкоди не відповідає причинам і обставинам страхового випадку — до з'ясування фактичного розміру (на період проведення страхового розслідування з письмовим повідомленням Страхувальника про таке рішення, але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, передбачених п. 17.9 цього Договору.

17.9 Для одержання страхової виплати у разі самостійної сплати послуг Застрахована особа надає Страховику:

17.9.1 оригінали таких документів:

– письмову заяву про страхову виплату;

17.9.2 для копіювання оригінали або належним чином посвідчені копії документів:

- паспорт та довідку про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків особи, яка звернулася за страховою виплатою;
- свідоцтво про народження (для дитини);
- Договір (у разі укладання в паперовій формі)/Картка Застрахованої особи (для ознайомлення);
- медична довідка (виписка з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційний висновок тощо);
- рецепти на придбання ліків;
- рахунки медичних закладів, що підтверджують вартість медичних чи інших послуг;
- квитанції, чеки або інші платіжні документи, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію медичної установи, що надала платні медичні послуги Застрахованій особі (окрім державних та відомчих медичних установ);
- копію ліцензії(ій) медичної установи на всі види послуг, які були надані та сплачені Застрахованою особою (окрім державних та відомчих медичних установ);
- копію свідоцтва медичної установи про сплату єдиного податку, якщо медична установа зареєстрована як фізична особа підприємець;
- інші документи на запит Страховика.

17.10 Документи, що перераховані у **п.17.9** цього Договору повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати Застрахованою особою вартості медичних послуг або медикаментів.

17.11 Якщо існували поважні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо з обґрунтуванням причин затримки. Поважними вважатимуться, зокрема, такі причини як: перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо.

17.12 Виплата здійснюється в межах страхової суми та Лімітів відповідальності, обумовлених Програмою страхування.

17.13 У разі здійснення страхової виплати страхова сума на відповідну Застраховану особу та Ліміт(-и) відповідальності Страховика зменшуються на розмір страхової виплати з дати настання страхового випадку.

17.14 Неподання документів, зазначених у **п.17.9** цього Договору, дає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати в частині, що не підтверджена такими документами.

17.15 Документи, що подаються для отримання страхової виплати, мають бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик (його представник), оформлені та засвідчені належним чином.

17.16 Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.

18. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВОМУ ВІДШКОДУВАННІ

18.1. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

18.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація вказаних вище дій встановлюється відповідно до законодавства України;

18.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

18.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

18.1.4. шахрайство, інша незаконна діяльність Страхувальника або особи, на користь якої укладений Договір, спрямовані на отримання незаконної вигоди від страхування;

18.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання події, що має ознаки страхового випадку без поважних причин, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку;

18.1.6. невиконання або неналежне виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із зобов'язань, що передбачені Договором;

18.1.7. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими **п.5.1 та розділом 19** Договору, з урахуванням **п.18.2.** цього Договору;

18.1.8. наявність інших підстав, встановлених законодавством.

18.2. Якщо обставини, які можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати. Така компенсація або повернення

виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Страхувальником (Застрахованою особою) в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними у такій вимозі. У разі неповернення коштів Страховик має право при наступних зверненнях Застрахованої особи відмовити в організації та/або оплаті медичної допомоги повністю або частково (пропорційно розміру заборгованості перед Страховиком) або достроково припинити дію Договору у зв'язку з невиконанням Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору.

19. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

19.1. До страхових випадків не належать і виплата не здійснюється, якщо звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії відбулося у зв'язку з:

19.1.1. отриманням медичних послуг, що не передбачені Програмами страхування; що виникли поза межами та/або поза строком дії Договору та їх наслідками;

19.1.2. захворюванням або травмою, що стали наслідком скоєння Застрахованою особою дій у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;

19.1.3. захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину. Встановлення наявності або відсутності ознак умисного злочину в діях Застрахованої особи судом має пріоритет над рішеннями (постановами тощо) правоохоронних органів;

19.1.4. замахом на самогубство, навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено слідчими органами;

19.1.5. ушкодженнями або хворобами, які прямо чи непрямо виникли внаслідок військових та пов'язаних з ними ризиків та їх наслідків: війною, вторгненням, ворожими актами або військовими діями (незалежно від того оголошено війну чи ні), військовими маневрами, терористичними актами, громадянською війною, страйком чи громадським заворушенням; заколотом, військовим або народним повстанням, бунтом, революцією, громадським заворушенням у масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпацією влади, введенням військової влади або військового положення або стану облоги, або будь-якою подією або причиною, результатом якої стало оголошення військового положення або стану облоги; будь-яких військових маневрів, навчань або інших військових заходів, дії мін, торпед, бомб та/або інших знарядь війни, вибухових речовин;

19.1.6. одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у несанкціонованих мітингах і демонстраціях;

19.1.7. одержанням травми внаслідок занять екстремальними видами спорту, участі Застрахованої особи у спортивних заходах. Спортивними заходами, в контексті цього Договору, визнаються такі, що офіційно проводяться у встановленому порядку та контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі тощо) та інші спортивні дії за участю спортсменів, якщо інше не передбачене Програмою страхування;

19.1.8. захворюваннями, пов'язаними з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією Застрахованої особи, незалежно від термінів встановлення таких діагнозів;

19.1.9. ушкодженнями або хворобами, які прямо чи непрямо виникають внаслідок дії матеріалів ядерної зброї, ядерної енергії, іонізуючої радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива, чи від будь-яких ядерних відходів від спалення ядерного палива. Лише в рамках цього виключення, спалення включає будь-який самоплинний процес ядерного поділу;

19.1.10. захворюваннями, пов'язаними з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями (згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 р.), незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.1.11. доброякісними та злоякісними онкологічними захворюваннями, новоутвореннями, в т.ч. онкогематологічної природи, доброякісними захворюваннями (D10-D36), згідно з Міжнародним Класифікатором Хвороб (МКХ-10), захворюваннями крові, туберкульозом, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.1.12. захворюваннями, які потребують проведення лікування виключно в медичних установах закритого типу;

19.1.13. хворобами, що потребують постійного медикаментозного, замісного лікування, трансплантації (окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), протезування, хвороби серця, хронічна ниркова, печінкова недостатність, атеросклероз, кардіосклероз, вегето-судинні дистонії, нейро-циркуляторні дистонії, виразкові коліти, хвороба Крона;

19.1.14. хронічні хвороби судин: варикозне розширення вен будь-якої локалізації, хронічна венозна недостатність, геморой, крім невідкладних станів: гострий тромбоз, флеботромбоз, тромбоз геморойдальних вен, гострий геморой, геморойдальні кровотечі;

19.1.15. діагностикою та лікуванням захворювань ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин, в тому числі цукровий діабет (E10-E14), (E15-E16), (E40-E46), ожиріння (E65-E68), непереносимість лактози та інш.(E70-E90);

19.1.16. діагностикою та лікуванням захворювань, що передаються статевим шляхом відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, такими як: венеричні захворювання та їх ускладнення: сифіліс, гонококова інфекція, лімфогранульома (венерична), шанкроїд, пахова гранульома та змішані інфекції, до складу яких входять збудники, перелічені вище; інші інфекційні захворювання, що передаються переважно статевим шляхом: сечостатевий хламідіоз, уреаплазмоз, сечостатевий трихомоніаз, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний

герпес, гострокінцеві кондиломи, генітальний контагіозний моллюск, гарднерельний вагініт, уrogenітальний шигельоз гомосексуалістів, лобковий педикульоз, короста;

19.1.17. захворюваннями, обумовленими вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ, СНІД) та іншими імунодефіцитними станами;

19.1.18. папіломовірусних інфекцій, герпес-вірусних інфекцій, ТОРЧ-інфекцій (токсоплазмозу, Р35), вірусу Епштейн-Барра. Дія даного пункту не розповсюджується на діагностику та лікування таких гострих типових форм, як вітряна віспа, краснуха, кір, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай;

19.1.19. захворюваннями шкіри та підшкірної клітковини, в т.ч. дерматофітією та іншими поверхневими мікозами; кандидозами, атопічним дерматитом; алергічним дерматитом, екземою; псоріазом, себореєю будь-якого типу, порушенням потовиділення, вугрями (акне), алопецією, ламкістю нігтів, якщо інше не передбачене Програмою страхування;

19.1.20. діагностикою та лікуванням паразитарних захворювань, глистяними інвазіями у осіб старше 16 років, педикульозом, демодекозом, коростою;

19.1.21. захворюванням чи травмою, що сталися до початку дії цього Договору, крім загострення хронічних захворювань (якщо випадок загострення стався під час дії цього Договору), якщо інше не передбачене Програмою страхування;

19.1.22. діагностикою та лікуванням вірусних гепатитів (крім гепатиту А), цирозу, гепатозу (K70-K77);

19.1.23. уродженими аномаліями (вадами розвитку), деформаціями й хромосомними порушеннями, перинатальними пошкодженнями та їх наслідками, крім випадків, коли невідкладна медична допомога пов'язана із зняттям гострого болю (Q00-Q99);

19.1.24. патологіями сполучної тканини, артрити, артропатії, ревматизмом, ревматоїдними артритами, подагра і т.ін (а саме такі, що належать до переліку M00-M14, M20-M36 згідно з Міжнародним Класифікатором Хвороб (МКХ-10); аутоімунними захворюваннями;

19.1.25. віковими дегенеративно-дистрофічними змінами і захворюваннями (катаракта, глаукома, пневмосклероз, остеопороз (M80-M94), остеохондроз, артрози (M15-M19), сколіоз, кіфоз, лордоз, плоскостопість (M40-M54) та ін.);

при ДДЗ хребта, цервікалгіях, радикулопатіях, синдромі хребтової артерії покриваються медикаменти та послуги по їх введенню, направлені виключно на зняття больового синдрому при гострих станах та в стадії загострення, курсом до 14 днів, а також МРТ (1 раз на рік однієї зони незалежно від нозології), якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.1.26. психічними, психоневрологічними та психосоматичними хворобами та розладами, функціональними розладами психіки (F00-F99), що включають всі види розумових хвороб та станів, включаючи, але не обмежуючись такими: нейроінфекції, розсіяний склероз, епілепсія, мігрень, дистрофічно-дегенеративні захворювання нервової системи, шизофренія, розлад особистості, порушеннями сну, мови, синдром хронічної втоми, нейро-циркуляторна дистонія, вегето-судинна дистонія (G90.8, G90.9) тощо;

19.1.27. нормальними або патологічними вагітністю, пологами, штучним перериванням вагітності (за винятком абортів за медичними показаннями та випадків, коли при зазначених станах медична допомога має бути надана для усунення загрози життю Застрахованої особи);

19.1.28. дисплазія молочної залози (N60), незапальні хвороби жіночих статевих органів (N80-N98): дисплазія шийки матки, ендометріоз, ерозії, кісти, полікістози яєчників, поліпи статевих органів, та інше, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча);

19.1.29. будь-якою медичною допомогою, що безпосередньо чи опосередковано пов'язана з чоловічим/жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, еректильні дисфункції, штучним заплідненням, сексуальними дисфункціями, клімаксом, синдромом виснажених яєчників, порушеннями менструального циклу (аменорея, гіпоменорея, гіперменорея тощо), галакторією, а також контрацепційних операцій (встановлення внутрішньої маткової спіралі, операція стерилізації), операцій по зміні статі, визначення гормонів репродуктивної панелі, а також діагностику та лікування дисгормональних станів (аденома простати, фіброміома, мастопатія, гіперпролактинемія, гіперандрогенія (E20-E35), якщо інше не передбачене Програмою страхування.

19.2. Дія страхового захисту не поширюється на звернення до Асистуючої компанії або Страховика з метою оплатити вартість:

19.2.1. операцій, пов'язаних з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації, окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), протезування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;

19.2.2. діагностики, лікування, маніпуляцій, операцій та ін. по усуненню косметичних дефектів, у тому числі з метою поліпшення психологічного стану Застрахованої особи, із приводу захворювань шкіри й волосся (мозолі, бородавки, контагіозні моллюски, невуси, папіломи, ліпоми, гемангіоми, алопеція та ін., окрім видалення у випадках травмування та кровотечі, але не більше 2-3 на рік), а також склеротерапії вен; корекції ваги та лікування і профілактики целюліту, косметичних процедур, операцій та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, пластичних і реконструктивних операцій (в т.ч. планова герніопластика, риноластика, септоластика, вазопластика);

19.2.3. реконструктивних втручань на суглобах будь-якої локалізації; планового лікування (у тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених у зв'язку з травмою, що сталася під час дії цього Договору страхування та підтверджена документально з обов'язковою наявністю заключення травматолога або виписки з травмпункту та/або інших отриманих документів у строк не пізніше 48 годин з моменту отримання травми;

19.2.4. операцій на серці та коронарних судинах, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.5. експериментального лікування, застосування лазерних технологій, екстракорпоральних методів лікування, у тому числі програмного гемодіалізу; гідроколонотерапії; озонотерапії; гіпербаричної й нормобаричної оксигенації, рефлексотерапії, гіпокситерапії, УХТ - ударно-хвильової терапії, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.6. самолікування, у т.ч. придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів, відвідування медкомісій для отримання довідок водіїв, допризовників і призовників, для одержання дозволу на носіння зброї, відвідування басейну тощо;

19.2.7. хірургічної корекції зору, у тому числі із застосуванням лазера; лазерної коагуляції сітківки ока; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології; планових хірургічних операцій ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.8. уточнюючої діагностики та лікування короткозорості (міопії), далекозорості (гіперметропії), астигматизму, катаракти, глаукоми, «комп'ютерного зорового синдрому», синдрому «сухості очей», інших порушень функції зору; халязій, (крім випадків запалення); птерігіума, пінгвекули, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.9. реабілітації;

19.2.10. зубопротезування й підготовки до нього, включаючи видалення та депульпацію зубів, терапевтичне та хірургічне лікування тканин пародонту, заміну старих пломб без медичних показань та ін.; відновлення зруйнованої більш ніж на 50 % коронки зуба, імплантація зубів, за виключенням протезування, що є наслідком нещасних випадків які сталися протягом дії цього Договору. Послуги, що надаються з профілактичною метою (герметизація фісур, зняття зубних відкладень, покриття зубів фторовмісними препаратами й лаками та ін.) та в косметичних (косметичне відновлення зубів, у тому числі із застосуванням вінірів і ламінатів, відбілювання зубів тощо) цілях. Лікувальні маніпуляції на зубах, які вкриті ортопедичними та/або ортодонтичними конструкціями. Усунення ортодонтичних порушень у дітей та дорослих, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.11. методів народної, нетрадиційної медицини, що використовуються з метою діагностики (акупунктурна, аурикуло-, термopунктурна, електрopунктурна, пульсова, ірідологічна, мануальна, голкорефлексотерапія, енергоінформатика тощо), лікування (гірудотерапія, апітерапія, гіпноз тощо) та/або оздоровлення (цугу-терапія, керування подихом, музико-терапія тощо), якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.12. лікувально-оздоровчих заходів, призначених з метою профілактики захворювань, санаторно курортного, бальнеологічного лікування (включаючи консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження), якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.13. послуг подолога, остеопата, психотерапевта, психолога, дієтолога, генетика, логопеда, імунолога;

19.2.14. уточнюючу діагностику та лікування алергічних хвороб (вазомоторні та алергічні риніти (J30.00), поліноз, бронхіальна астма, алергологічних досліджень та тестів, в тому числі скарифікаційних проб, алергологічних панелей, імунологічні та імуно-серологічні досліджень, крім зазначених в Програмі страхування, за виключенням станів, що загрожують життю Застрахованої особи (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легень, генералізована кропив'янка);

19.2.15. моральної шкоди та/або упущеної вигоди;

19.2.16. перебування матері в стаціонарі, якщо на момент настання страхового випадку Застрахованій особі виповнилось 6 роки;

19.2.17. витрат за виклик бригади швидкої медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, що діє від імені та/або в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також при відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;

19.2.18. лікування, послуг або товарів, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання;

19.2.19. діагностики та лікування поза стадією загострення захворювання, в стадії ремісії, у тому числі неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації, а також первинного чи повторного медичного обстеження Застрахованої особи за її власним бажанням, без медичних показань (при відсутності призначення лікаря), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

19.3. **Страховик не організовує** та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:

19.3.1. забезпечення лікарськими засобами, що не зареєстровані в Україні;

19.3.2. забезпечення лікарськими засобами, без призначення лікаря;

19.3.3. забезпечення лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами, що призначені з профілактичною метою, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.3.4. стимуляторів загальної дії (Бальзам Бітнера, Біовіталь тощо), біологічно активних добавок (бадів) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статинів, крім випадків захворювання гострим інфарктом міокарду протягом 1-го місяця), простагландинів, імуномодуляторів, біостимуляторів, адаптогенів, психотропних (нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів), якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.3.5. хондропротекторів, гепатопротекторів, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.3.6. сольові розчини для зрошування слизових оболонок, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, крім антисептиків для обробки ран, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.3.7. ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) коли вони призначені, як профілактична чи підтримуюча терапія. У випадку, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання медикаментозна терапія даними препаратами є страховим випадком;

19.3.8. препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків (що містять молочнокислі бактерії, дріжджі та біфідобактерії), окрім випадків, коли вони призначені під час або після антибіотикотерапії дорослим та дітям;

19.3.9. трансплантатів, протезів, ортезів, ендопротезів, стентів, клапанів, штучних водіїв ритму, кардіостимуляторів, імплантатів та ряду інших аналогічних медичних виробів, а також витрати на придбання медичного устаткування, зорової оптики (окуляри, лінзи та інш.), тонометрів, інгаляторів, термометрів, еластичних бінтів, медичного устаткування (наборів для анестезії, емболізації, артроскопічні набори, лапароскопічні, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо), слухових апаратів та медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (протезів, милиць, корсетів, комірців, памперсів, колясок тощо), їх ремонт або прокат, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.4. Медичні послуги, за одним страховим випадком, організовуються тривалістю не більше 30 діб з моменту проведення первинної консультації (окрім травм). Оплата медикаментів по конкретній нозології здійснюється Страховиком тільки у кількості, необхідній для курсу лікування. Початком курсу лікування вважається дата початку прийому медичних препаратів відповідно до встановленого діагнозу та призначеного курсу лікування. Застосування двох і більше аналогічних препаратів протягом курсу лікування відшкодуванню не підлягають. При необхідності тривалого курсу медикаментозного лікування, якщо це передбачено Програмою страхування, лікарські засоби виписуються поетапно, на кожен курс лікування (на кожні 30 днів) за умови попереднього погодження такого тривалого медикаментозного лікування з Асистансом/Страховиком.

20. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ

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

20.2 У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту info@etalon.ua, адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12, або за посиланням http://www.etalon.ua/off-line/press_centre/otziv/r.php. Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) споживачів, розміщений за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient>.

20.3 Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

20.4 Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: **0 800 505 240**. E-mail: nbu@bank.gov.ua, Web-сайт: www.bank.gov.ua.

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

21. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

21.1 Спори, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди справа передається на розгляд суду за місцем знаходження Страховика у порядку, передбаченому законодавством України.

21.2 Питання, не обумовлені Договором та ЗУСП, регулюються законодавством України.

21.3 У випадку виявлення розбіжностей між положеннями умов цього Договору та положеннями ЗУСП застосовуються умови, визначені цим Договором.

22. ІНШІ УМОВИ

22.1 Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, що не є страховими. Пролонгація строку дії Договору не передбачається.

22.2 Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні

для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог вищезазначеного Закону. Порядок ідентифікації та верифікації Страхувальника частково передбачений **розділом 4 ЗУСП**.

22.3 Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що ознайомлений та погоджується з умовами, викладеними в ЗУСП, в тому числі підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик (страховий посередник) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:

– зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії";

– зі всією інформацією про страховий продукт розміщеної на веб-сайті Страховика за посиланням http://www.etalon.ua/insurance_in_business/staff/medicine/;

– із всією інформацією, що передбачена **ст. 88, ст.87** Закону України "Про страхування", в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком, про будь-які інші платежі, які клієнт зобов'язаний сплатити у разі укладання Договору; про вид винагороди, яку отримує працівник з реалізації, про порядок та умови її виплати тощо. Зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

– вся інформація, надана під час його укладення є повною і достовірною, погоджується дотримуватися умов, викладених в Договорі,

– Страхувальник надає згоду на обробку Страховиком його персональних даних відповідно до п.1.3.2, абзацу "с" ЗУСП.

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

В подальшому Сторони дійшли згоди щодо можливості використання Страховиком факсимільного відтворення підпису та печатки Страховика за допомогою засобів механічного чи іншого копіювання, КЕП (УЕП (на період воєнного часу) чи іншого аналогу власноручного підпису на умовах, передбачених законодавством. Зразок підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика:



22.5 Цей Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до Закону України "Про страхування", Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії", інших нормативно-правових документів чинного законодавства України. Страхувальник підтверджує факт добровільної передачі Страховику (страховому посереднику) інформації, що належить до таємниці фінансової послуги, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування (перестрахування), забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Страхувальник надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком (страховим посередником) відкритих мережевих сервісів для отримання інформації, що належить до таємниці фінансової послуги.

22.6 Положення п.22.5 Договору не поширюються на інформацію, що підлягає обов'язковому оприлюдненню, та публічну інформацію у формі відкритих даних відповідно до Закону України "Про доступ до публічної інформації".

22.7 Інформація про Страховика внесена до Державного реєстру фінансових установ та реєстру осіб, які не є фінансовими установами, але мають право надавати окремі фінансові послуги 21.08.2004 року.

22.8 Договір укладено за участю **страхового посередника** (при наявності):

Назва/ПІБ				
Місцезнаходження/місце проживання/перебування				
ЄДРПОУ/РНОКПП (за відсутності серія та номер паспорту)		e-mail		тел.
на підставі Договору-доручення №			від	. .20 р
номер запису в Реєстрі для посередників			від	. .20 р
номер запису в ЄДР			від	. .20 р

22.9 У разі заміни страхового посередника або необхідності актуалізації інформації про страхового посередника, за участю якого був укладений Договір, Страховик протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня заміни письмово повідомляє про це Страхувальника на зазначений ним при укладенні Договору засіб електронного/мобільного зв'язку.

23. ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХУВАЛЬНИК

СТРАХОВИК

ПІБ

М.П.

підпис

ПІБ

М.П.

підпис

РЕЄСТР ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

№ з/п	Прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи	Дата народження	РНОКПП	Адреса	Програма МС	Підпис	Строк надання страхового захисту	№ картки	Страхова сума, грн.	Страховий тариф, %	Страховий платіж, грн.
1.		. .					. .20 – . .20	030 /			
2.		. .					. .20 – . .20	030 /			
3.		. .					. .20 – . .20	030 /			
4.		. .					. .20 – . .20	030 /			
5.		. .					. .20 – . .20	030 /			
6.		. .					. .20 – . .20	030 /			
7.		. .					. .20 – . .20	030 /			
8.		. .					. .20 – . .20	030 /			
9.		. .					. .20 – . .20	030 /			
10.		. .					. .20 – . .20	030 /			
11.		. .					. .20 – . .20	030 /			

12.		.	.					.	.20	–		–			
								.	.20		030	/			

Загальний страховий платіж за цим Реєстром, що підлягає сплаті	грн.	☒ сплачується одноразово у строк	по . .20
		☐ сплачується частинами у розмірах та у строки:	

№	Період страхування		Страхова премія за період страхування	Кінцева дата сплати платежу
1	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
2	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
3	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
4	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
5	з . .20	по . .20	грн.	по . .20

6	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
7	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
8	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
9	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
10	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
11	з . .20	по . .20	грн.	по . .20
12	з . .20	по . .20	грн.	по . .20

СТРАХУВАЛЬНИК

П.І.Б.

підпис

СТРАХОВИК

Юзва Я.Ф.

П.І.Б.

М.П.

підпис

ОПИС ПРОГРАМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

7. Медичне обслуговування надається цілодобово, через звернення в Асистуючу компанію Страховика, що займається організацією, контролем й оплатою наданих медичних послуг.

Асистуючі послуги:

- цілодобовий прийом звернень й інформаційна підтримка,
- підбір кваліфікованих фахівців для обслуговування,
- організація консультацій і лікування,
- контроль лікувального процесу,
- організація доставки медикаментів додому.

8. В залежності від обраного класу клінік, застосовується франшиза в клініках вищого класу, згідно наступної таблиці (на клас клінік нижчого рівня - франшиза не застосовується).

Франшиза - % витрат, який сплачує застрахована особа самостійно.

Класи клінік визначаються Страховиком. Перелік медичних закладів із зазначенням класу клінік надається при укладанні договору, за окремим запитом. Страховик має право вносити зміни в перелік медичних закладів протягом дії Договору (додавати та виключати клініки з переліку).

		категорія покриття, зазначена у програмі страхування										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
клас медичної установи за класифікацією	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	3	20%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	4	30%	20%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	5	40%	30%	20%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	6	50%	40%	30%	20%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	7	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%	0%	0%	0%	0%
	8	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%	0%	0%	0%
	9	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%	0%	0%
	10	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%	0%
	11	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%

Обов'язковою умовою обслуговування по комплексній програмі медичного страхування є негайне звернення до Асистуючої компанії, при виникненні скарг на стан здоров'я, і узгодження з нею надання необхідної медичної допомоги!

Пам'ятка Застрахованій особі!

У випадках, що мають ознаки страхових, та передбачені Договором страхування, Застрахована особа повинна звернутися до Спеціалізованої служби Страховика - Асистансу, що працює цілодобово, та отримати інформацію щодо подальших дій за телефонами:

В планових випадках:

- особистий кабінет Застрахованого: <https://my.smart.co.ua/>
- цілодобовий багатоканальний телефон: +38 (044) 364-85-10
 - e-mail: 112@smart.co.ua

В невідкладних випадках:

+38 (044) 364 777 8

Додаткові номери телефонів:

*+38 093 177 06 91 (Life)

*+38 066 067 30 90 (Vodafone)

* стабільність каналу залежить від наявності стільникового покриття, електроенергії, роботи базових станцій

СТРАХУВАЛЬНИК

СТРАХОВИК

Юзва Я.Ф.

П.І.Б.

М.П.

підпис

(П.І.Б./П.І.Б. підписанта, якщо страхувальник – юридична особа)

ЗАЯВА

П.І.Б./назва

в особі

П.І.Б. підписанта (якщо страхувальник – юридична особа)

підтверджую та визнаю, що до укладання договору страхування на виконання вимог законодавства України Страховик (страховий посередник, за участю якого укладається договір страхування) надав в повному обсязі, а я **отримав та ознайомився** з усією наданою мені детальною інформацією про:

– страховий продукт, що не є стандартним **"Медичне страхування"**, за яким укладається договір страхування № - 0 3 0 від . .20 р., в т.ч. з інформацією, що розміщена на веб-сторінці Страховика: http://www.etalon.ua/insurance_in_business/staff/medicine/;

– **страховика**, що розміщена за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient/> та перелік його страхових продуктів: http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/;

– **страхового посередника** (- зазначити ПІБ/назву посередника або вставити фразу «страховий посередник не залучався/залучається до укладення договору страхування») та його повноваження. Сторінка в мережі Інтернет з посиланням на Реєстр посередників для перевірки факту його реєстрації: <https://kis.bank.gov.ua/search-fu>;

– механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг, в т. ч. контакти, за якими споживач відповідно до законодавства України має право звернутися до страхового посередника (якщо він залучався/залучається до укладення договору страхування), страховика або Національного банку України та інших уповноважених державних органів, знаходиться за посиланням: <http://www.etalon.ua/infoclient/>;

– порядок обробки персональних даних споживачів та дії страховика та страхового посередника (якщо він залучався/залучається до укладення договору страхування) щодо їх захисту, наведений за посиланням: http://www.etalon.ua/off-line/infoclient/Poryadok_obrobky_personalnykh_danykh_spozhyvachiv.pdf;

– порядок оплати договору страхування, що наведений за посиланням: <http://www.etalon.ua/paypolis/>;

– те, що жодних інших платежів (крім страхової премії), які клієнт зобов'язаний сплатити відповідно до умов договору страхування після його укладення не передбачено;

– вид винагороди страхового посередника та умови її оплати: винагорода за укладення договору страхування входить до складу страхової премії та підлягає оплаті страховиком. Винагорода складається з фіксованого відсотку від страхового платежу, що одержаний страховиком за укладеним за участі посередника договором страхування та сплачується виключно у безготівковій формі після отримання відповідного страхового платежу на підставі поданого звіту. Жодної винагороди страхового посередника будь-якого іншого виду, включаючи економічні вигоди, що пропонуються або надаються у зв'язку з укладенням договору страхування, не передбачено.

. .20 р _____ (_____)

підпис

МП

П.І.Б.