

Оферта
добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я),
№ 672/10-111 від 19.03.2020 р.

ВПЕВНЕНІСТЬ

1. Загальні положення

1.1. Дана Публічна оферта добровільного комплексного страхування подорожуючих (далі – Оферта) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» (01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9; ЄДРПОУ 20113829; UA50380805000000000265012169 в АТ «Райффайзен Банк Аваль»; office@universalna.com) (далі – Страховик/Сторона Договору) в особі Голови Правління Музичка Олексія Васильовича, який діє на підставі Статуту, невизначеному колу дієздатних фізичних осіб та/або юридичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов даної Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти договір добровільного медичного страхування (далі – Договір або Договір страхування) на підставі Ліцензії АГ №569720, виданої Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 23 березня 2011 року та відповідно до Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію», «Правил добровільного медичного страхування(безперервного страхування здоров'я)» від 24.07.2008 р. (далі - Правила). Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування в електронній формі. У випадку прийняття Клієнтом пропозиції в порядку, визначеному даною Офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами даної Оферти.

1.2. Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до електронних документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливило зміну змісту на власному сайті за посиланням www.universalna.com.

1.3. Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти та її прийняття Клієнтом. Під пропозицією Страховика укласти Договір мається на увазі ознайомлення Страховиком Клієнта з розміщеною на сайті www.universalna.com Офертою. У відповідності до статей 207, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям умов даної Оферти Клієнтом вважається підписання електронного Сертифікату/Заяви-Акцепту (далі - Сертифікат) до Договору, що є його невід'ємною частиною, в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Ідентифікація Клієнта за умовами цієї Оферти відбувається перед укладенням Договору шляхом заповнення власних даних Клієнта в електронному вигляді.

1.4. Договір страхування вважається укладеним з моменту одержання Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика) Сертифікату (Заяви-Акцепту) про прийняття пропозиції укласти договір страхування в електронній формі) підписаного в порядку, передбаченому статтею 12 Закону України «Про електронну комерцію», за умови оплати Страхувальником платежу в строки та порядку, визначеному даним Договором.

1.5. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Сертифікаті, як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання страхового платежу в розмірі, визначеному в Сертифікаті, Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика), і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Сертифікаті, як дата закінчення строку дії Договору. В будь-якому випадку, Страховик не несе відповідальності та не здійснює страхову виплату за випадками, що мали місце протягом 30 календарних днів з дати підписання Страхувальником Заяви – Акцепту в порядку, передбаченому даним Договором. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж не пізніше п'яти календарних днів від дати, що вказана в Сертифікаті, як дата підписання даного Договору (якщо інше не передбачено в Сертифікаті (Заяві-Акцепті)). У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений.

1.6. Після підписання Сертифікату Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує Сертифікат, який є підтвердженням укладення договору страхування (в електронній формі), на адресу електронної пошти (вказаної при заповненні власних даних) та/або в особистий кабінет Страхувальника, та/або в паперовому вигляді в момент вчинення правочину, а дана Оферта вважається Договором страхування, невід'ємною частиною якого є Сертифікат.

1.7. Сторони домовились, що Договір підписується Сторонами в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію», в якості підпису Страхувальника використовується підпис одноразовим ідентифікатором, що надсилається Страховиком шляхом направлення SMS-повідомлення на телефонний номер Страхувальника, вказаний ним при заповненні власних даних в електронному вигляді. При цьому підписання Страхувальником Сертифікату одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником договору страхування. В якості підпису Страховиком використовується електронний підпис під текстом даної Оферти у вигляді тексту із зазначенням прізвища ім'я, по-батькові та посади Голови Правління Публічного акціонерного товариства «Страхова компанія «Універсальна» та електронна адреса Страховика. Підписання Оферти Страховиком в порядку зазначеному вище вважається належним підписанням Страховиком Договору страхування.

1.8. Страховик зобов'язується на письмову вимогу Страхувальника відтворити Договір на паперовий носій, підписати та скріпити печаткою протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. У випадку, якщо одна із Сторін відмовляється підписувати Договір страхування в паперовому вигляді, такий спір розглядається в судовому порядку.

1.9. Сертифікат, підписаний Страхувальником в електронному вигляді, зберігатиметься на сайті Страховика за посиланням www.universalna.com в особистому кабінеті Страхувальника. Страховик забезпечує безперешкодний доступ до особистого кабінету Страхувальника за допомогою логіну (в якості якого виступає номер мобільного телефону Страхувальника) та паролю користувача. У випадку виникнення труднощів з реєстрацією та/або користуванням особистим кабінетом, Страхувальник може звернутись за

допомогою до контакт-центру Страховика за телефоном 0 800 500 381. Решта електронних документів, повідомлень, іншої інформації в електронній формі зберігаються Страховиком та можуть бути надані Страхувальнику за окремим запитом шляхом надсилання на електронну адресу, вказану при заповненні власних даних в електронному вигляді (далі – електронна адреса Страхувальника) та/або іншим способом, вказаним Страхувальником в запиті.

1.10. Під час виконання зобов'язань за Договором страхування, Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика office@universalna.com (далі – електронна адреса Страховика).

1.11. У випадку, якщо Клієнт помилково направив Сертифікат, він може звернутись до офісу Страховика, для дострокового розірвання Договору або внесення відповідних змін.

1.12. Кожна із сторін має право виступити з ініціативою внесення змін до Договору. Зміни в Договір вносяться шляхом укладення Додаткової угоди до Договору в письмовій формі.

2. УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

3.1. Страхова сума, страховий тариф та страхова сума вказуються в Сертифікаті.

4. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ та СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. Порядок сплати страхового платежу, початок та кінець дії Договору вказуються в Сертифікаті.

5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5. Дія Договору поширюється виключно на територію України (за винятком території Автономної республіки Крим, м. Севастополя, інших тимчасово окупованих територій України; території проведення антитерористичної операції та/або операції об'єднаних сил, відповідно до визначень, наданих Законами України «Про тимчасові заходи на період проведення антитерористичної операції», «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях» - з усіма змінами і доповненнями, а також на прилеглих до неї підконтрольних органам державної влади України та органам місцевого самоврядування територіях адміністративних районів України, в межах яких знаходяться населені пункти, розташовані на лінії зіткнення, відповідно до Додатку 2 до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 листопада 2014 р. № 1085 з усіма змінами та доповненнями).

6. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

6.1. Страховик зобов'язаний:

6.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та правилами страхування.

6.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати.

6.1.3. При настанні страхового випадку, здійснити виплату страхового відшкодування у строк, передбачений цим Договором страхування.

6.1.4. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

6.1.5. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України. При цьому Страховик надає відомості третій стороні, що уповноважена Страхувальником, з метою контролю виконання умов даного Договору (моніторинг звернень, відмови, статистику виплат).

6.1.6. Письмово повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни.

6.1.7. У визначенні «курс лікування до 30 днів» враховувати:

6.1.7.1. початком курсу лікування вважається дата початку прийому медичних препаратів відповідно до встановленого діагнозу та призначеного курсу лікування;

6.1.7.2. властивості менструального циклу у жінок щодо початку курсу лікування, діагностики, повторних консультацій, коли курс лікування призначений перед початком нового циклу та медикаменти вже отримані, проте фактичний прийом ліків розпочато з певного дня циклу, тоді строк рахується з дати початку прийому ліків;

6.1.7.3. у разі корекції курсу лікування (курс розбито на частини) враховувати лише періоди прийому медикаментів чи лікувальних процедур, але не включати дні консультацій та отримання ліків;

6.1.8. За необхідності перенести курс лікування з об'єктивних причин, Страхувальник зобов'язаний повідомити про це Страховика протягом 24 годин з моменту виникнення таких причин.

6.2. Страховик має право:

6.2.1. Перевіряти відомості, надані Страхувальником, при укладанні Договору.

6.2.2. Самостійно з'ясувати причини, обставини страхового випадку, направляти запити до компетентних органів (лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів тощо) з метою отримання відповідних висновків, здійснити за власний рахунок незалежну експертизу страхового випадку.

6.2.3. Отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-яку додаткову інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, за для визначення оцінки ступеню страхового ризику.

6.2.4. У разі збільшення ступеню страхового ризику, (згідно п.13.9.) до настання страхового випадку вимагати від Страхувальника переукладення Договору і сплати додаткового страхового платежу. У разі непогодження Страхувальником перегляду умов Договору, Договір припиняє свою дію за ініціативою Страховика.

6.2.5. Вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я (відповідно п.13.9.).

6.2.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до умов Договору.

6.2.8. Вносити зміни до умов цього Договору в порядку передбаченому цим Договором.

6.2.9. Достроково припинити дію цього Договору в порядку передбаченому цим Договором.

6.3. Страхувальник зобов'язаний:

6.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі на умовах визначених у Договорі.

6.3.2. При укладенні Договору, надати Страховику достовірну інформацію про всі обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику(згідно п.13.9.), і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

6.3.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші діючі договори страхування.

6.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

6.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору.

6.3.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору та правилами страхування.

6.3.7. На виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму» надати Страховику інформацію і документи, необхідні останньому для здійснення ідентифікації Страхувальника та/або ЗО.

6.4. Страхувальник має право:

6.4.1. Ознайомитись з умовами Договору та Правилами.

6.4.2. Одержати будь-які роз'яснення за укладенням Договором і Правилами.

6.4.3. У разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору.

6.4.4. За письмової згоди із Страховиком змінити Програму страхування, розмір страхової суми, ліміт страхових сум, а також внести інші зміни в цей Договір, уклавши додатковий договір до цього Договору.

6.4.5. Достроково припинити дію цього Договору відповідно до умов Договору та чинного законодавства України.

6.4.6. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

6.4.7. Отримати дублікат Договору.

6.5. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:

6.5.1. Виконувати умови цього Договору.

6.5.2. При укладенні Договору повідомляти Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання – згідно п.13.9).

6.5.3. У разі настання страхового випадку, діяти відповідно до умов цього Договору та виконувати всі рекомендації Страховика. 6.5.4. На вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку. 6.5.5. Дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі.

6.6. Застрахована особа (її законний представник) має право:

6.6.1. ознайомитись з умовами Договору та Правилами;

6.6.2. одержати будь-які роз'яснення за укладенням Договором і Правилами;

6.6.3. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору

6.6.4. у випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа) повинен обґрунтувати це у письмовій формі на вимогу Страховика.

6.6.5. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті;

7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При настанні страхового випадку, Застрахована особа або її представник/інша уповноважена особа, для неповнолітніх застрахованих осіб – батьки, до моменту звернення за медичною допомогою, повинна негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку, звернутись до лікаря-координатора Контакт-центру Страховика для ресстрації звернення **за телефоном:**

- **0 800 210 381** (цілодобова безкоштовна пряма лінія медичного асистансу);

- **044 364 12 00** (лінія для екстреної допомоги),

та повідомити наступну інформацію:

- прізвище імя, по-батькові Застрахованої особи;

- номер договору страхування;

- причину звернення

- фактичну адресу місця знаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;

- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

7.2. Лікар-координатор Контакт-центру інформує Застраховану особу щодо подальших дій.

7.3. У разі отримання невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи (за умови підтвердження вказаних станів відповідною медичною документацією) або якщо таке повідомлення неможливо здійснити з об'єктивних причин, необхідно повідомити Страховика, як тільки це стане можливо, але не пізніше 24 годин з дати настання страхового випадку.

7.3.1. До об'єктивних причин у цьому випадку належать:

7.3.2. документально підтверджена відсутність діючих засобів зв'язку в місці перебування Страхувальника (Застрахованої особи);

7.3.3. підтверджений медичними документами непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси).

8. УМОВИ ТА ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. При настанні страхового випадку, Страховик, в межах страхової суми (лімітів відповідальності), відшкодовує Застрахованій особі витрати на медикаменти, відповідно умов, зазначених в даному Договорі страхування.

8.2. Страховик відшкодовує витрати, передбачені умовами Договору на медикаменти Застрахованій особі в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика, по кожному страховому випадку.

8.3. Страховик гарантує виплату страхового відшкодування тільки в межах страхової суми.

8.4. Для отримання страхової виплати Страховик/Застрахована особа (або її представник/інша уповноважена особа), повинна звернутися до Страховика та надати заяву про страхову виплату та всі необхідні документи не пізніше 10 (десяти) календарних днів з дати оплати вартості лікарських засобів. У випадку, якщо з дня оплати вартості лікарських засобів до дня надання Страховику заяви про здійснення страхової виплати з відповідними документами на підтвердження вартості лікарських засобів пройшло більше ніж 10 (десять) календарних днів, такий випадок не вважається страховим та виплата по ньому не здійснюється.

8.4.1. Строк 10 (десять) днів починає свій перебіг з дати, наступної за датою оплати лікарських засобів та закінчується датою надання Страховику документів, що підтверджують оплату лікарських засобів. При цьому датою надання документів Страховику буде вважатись дата надання документів Страховику нарочно або дата відправки документів Страховику засобами поштового зв'язку (підтвердженням дати відправки є опис документів, зі штампом відділення поштового зв'язку, що містить дату відправки а також чек, що засвідчує вартість та дату відправки).

8.5. Необхідний перелік документів:

8.5.1. письмова заява на страхове відшкодування із зазначенням способу отримання коштів;

8.5.2. копія паспорту (1,2,3,4, сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію)/ копія ID карти або копія тимчасового посвідчення особи - громадянина України або копія посвідки постійного/тимчасового проживання;

8.5.3. копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру;

8.5.4. копія свідоцтва про народження для Застрахованих осіб віком до 14 років;

8.5.5. оригінал платіжного документа: фіскальний (касовий) чек або відривний корінець прибутково-розрахункового касового ордеру або товарний чек для ФОП;

8.5.6. акт виконаних робіт/послуг, засвідчений оригінальною печаткою закладу, що надав послуги;

8.5.7. витяг з амбулаторної карти (форма № 027/о) чи консультативний висновок лікаря;

8.5.8. направлення на консультації / обстеження;

8.5.9. копії результатів обстежень / досліджень, (якщо такі проводились);

8.5.10. виписка (епікриз) з історії хвороби, (у разі стаціонарного лікування);

8.5.11. рецепти або інші медичні документи з зазначенням ПІБ Застрахованої особи, які підтверджують призначення медикаментів (в разі самостійної сплати вартості медикаментів);

8.5.12. копії документів ЛПЗ: свідоцтво державної реєстрації, ліцензії на медичну практику, свідоцтво платника податку на поточний рік для ФОП (якщо Страховик не має договірних відносин з даним ЛПЗ);

8.5.13. оригінал або копія довідки з пологового будинку про народження дитини, в разі відсутності довідки – нотаріально завірене свідоцтво про народження дитини;

8.6. Правила оформлення документів, що подаються разом із заявою на страхове відшкодування:

8.6.1. документи на відшкодування можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених печатками закладу, який видав відповідний документ; простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;

8.6.2. документи повинні бути оформлені відповідно до чинного законодавства України;

8.6.3. документи повинні бути підписані уповноваженими особами із зазначенням ПІБ та посади підписанта.

У разі зміни до переліку документів зазначених у п.8.5. Договору у зв'язку із змінами чинного законодавства України, нормативно-правових актів, інструкцій, наказів, розпоряджень МОЗ, вимог до бухгалтерського обліку, - Страховик та Страховальник приймають такі зміни беззастережно.

8.7. Страховик має право письмово вимагати інші документи, які уточнюють обставини настання та характер страхового випадку при здійсненні страхової виплати.

8.8. Рішення про здійснення страхової виплати (страховий акт), продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів, після отримання всіх документів, зазначених у Договорі.

8.9. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату.

8.10. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово повідомити Застраховану особу (її законного представника) протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови, а також дублює відповідь на електронну пошту та по контактному номеру телефона Застрахованої особи.

8.11. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страховальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ (лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів тощо, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

8.12. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується відповідним платіжним документом.

8.13. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

8.14. Страхова сума (ліміт страхової суми), зазначена в Договорі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

8.15. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором стосовно Застрахованої особи.

8.16. Застрахована особа надає право Страховику на отримання необхідної інформації, включаючи інформацію, що містить лікарську таємницю від будь-яких ЛПЗ, лікарів, медичних установ, лабораторій тощо, в тому числі, але не виключно, щодо стану здоров'я Застрахованої особи, діагнозів, причин звернення, наданих медичних послуг, та рекомендацій, обставин випадку, а відповідні особи (ЛПЗ, лікарі, мед установи) зобов'язані надавати Страховику всю вищезазначену інформацію без отримання будь-яких додаткових дозволів. Страховик зобов'язується використовувати отриману інформацію згідно з умовами цього Договору із дотриманням конфіденційності.

9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. Причинами відмови в організації допомоги та у здійсненні страхової виплати є:

9.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних із виконанням ним (нею) громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

9.1.2. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

9.1.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

9.1.4. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою (її законним представником), будь-яких обов'язків за Договором;

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:

10.1.1. Закінчення строку його дії.

10.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

10.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у строк та в порядку, визначеному даним Договором.

10.1.4. Набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору недійсним.

10.1.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

10.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

10.2. Дія Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. При цьому згода Страхувальника відповідно до ст. 28 Закону України «Про страхування» вважається отриманою.

10.3. Про намір достроково припинити дію Договору Страховик або Страхувальник зобов'язані повідомити один одного не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інший строк прямо не визначений цим Договором (Додатковими договорами до цього Договору).

10.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30%, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Повернення Страхового платежу в цьому випадку здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від лікувально-профілактичних закладів, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 50 календарних днів з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове розірвання Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

10.5. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справ, фактичних страхових виплат за Договором.

10.7. Протягом строку дії Договору Страхувальник може достроково припинити дію Договору по відношенню до будь-якої Застрахованої особи, зазначеної у Полісі Страхування, незалежно від наявності її згоди, у порядку, передбаченому даним Договором.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори і розбіжності, які виникають, розв'язуються шляхом переговорів чи консультацій між Сторонами у строки, встановлені Договором.

У випадку недосягнення Сторонами згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

12. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

12.1. Договір укладено українською мовою у 2 (двох) примірниках, по одному для Страховика та Страхувальника. Обидва примірники Договору мають однакову юридичну силу.

12.2. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами Договору одна одній, здійснюються у письмовій формі і вважаються наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі.

Всі надані/повідомлені телефоном, телефаксом, електронною поштою з наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним вважаються дійсними до моменту отримання оригіналу.

12.3. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Правилами Страхування, чинним законодавством України.

12.4. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених у Правилах та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

12.5. Страховик та Страхувальник заявляють та гарантують, що їхні представники, які підписали Договір, належним чином уповноважені, та документи, що підтверджують їх повноваження, належним чином видані та на момент підписання Договору не були змінені та відкликані.

12.6. На виконання вимог Закону «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору (підписанням Сертифікату одноразовим ідентифікатором) Страхувальник надає свою згоду:

а) на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та предмету страхування), з метою виконання умов цього Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку;

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

12.7. Страхувальник/Застрахована особа надає Страховику право отримувати будь-яку інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, в тому числі від медичних установ, лікарень тощо а також право розголошувати інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи з метою виконання умов даного Договору.

12.8. Страховик є резидентом України та є платником податку на прибуток по ставці, встановленій п.136.1. Податкового кодексу України з урахуванням особливостей оподаткування Страховика, визначених в п.136.2.1. та в п.136.2.2. Податкового кодексу України.

12.9. Цим Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

13. ПЕРЕЛІК ВИЗНАЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

13.1. Альтернативна консультація - консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого висококваліфікованого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку виключень), за яким вже є встановлений діагноз і надані рекомендації, та лікування не було ефективним при умові виконання Застрахованою особою всіх призначень лікаря.

13.2. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю.

13.3. Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

13.4. Діагностика за результатами лікування – діагностика, проведення якої обумовлено необхідністю контролю якості проведеного лікування або збереження скарг на розлад здоров'я після проведеного курсу лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення лікування, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.

13.5. Диференційна діагностика – у разі якщо з приводу одного захворювання лікарем встановлено декілька діагнозів під питанням один із котрих є страховим, Страховик оплачує проведення диференційної діагностики між страховим та не страховим діагнозом, при цьому тільки ті діагностичні заходи, які направлені на діагностику захворювань/станів, які не потрапляють до списку виключень.

13.6. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24-48 годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем–координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги

Екстрена стоматологічна допомога – це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронаріт.

13.7. Загострення хронічного захворювання - це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

13.8. Застрахована особа - фізична особа, на користь якої укладено Договір.

13.9. Зміна ступеню страхового ризику - зміна інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі, заяві на страхування або будь-якому іншому документі, який подавався Страховику, а саме: отримання 1, 2 групи інвалідності, знаходження на обліку у наркологічних, психоневрологічних диспансерах, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій, попередні тяжкі захворювання, перенесені оперативні втручання .

13.10. Зняття гострого болю – в рамках цього Договору надається в об'ємі забезпечення препаратами із знеболювальною дією протягом 5 днів на один випадок.

13.11. Категорія ЛПЗ - цифрове значення, що присвоюється кожному ЛПЗ в залежності від вартості послуг.

13.12. Ліміт страхової суми – встановлене цим Договором обмеження в сумі виплати по одній чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, видом збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми в рамках якої він встановлюється.

13.13. ЛПЗ (лікувально-профілактичний заклад) – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні, медичні послуги, а також виконання інших функцій, пов'язаних з 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, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо незалежно від форми власності;

13.14. Медичне устаткування – це товари медичного призначення, що передбачені Українською класифікацією товарів зовнішньо-

економічної діяльності (коди 9018 11 00 00 – 9021 90 90 00).

13.15. Невідкладна медична допомога (Невідкладна допомога) – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям.

13.16. Невідкладна стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24-48 годин) стаціонарному лікуванні.

13.17. Нещасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних і т. ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та/або загибелі (смерті). До зовнішніх факторів відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

13.18. Нозологічна одиниця – це певна хвороба яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.

13.19. Основне захворювання – основним вважається те захворювання (травма), яке саме по собі або через свої ускладнення стало приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації та/або смерті. В якості основного захворювання повинна фігурувати тільки певна нозологічна одиниця.

13.20. Первинна діагностика – діагностика, призначена на підставі скарг хворого, анамнезу, даних об'єктивного огляду, іноді з використанням загально-клінічних, лабораторних та/або інструментальних методів дослідження, наприклад: загальний аналіз крові/сечі, рентгенографія органів грудної клітки, для виявлення будь-якого патологічного процесу та підтвердження первинного діагнозу.

13.21. Первинний клінічний діагноз – діагноз, встановлений в результаті первинної діагностики.

13.22. Персональна пластикова картка - пластикова картка на якій вказані: прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номер картки, номер Договору, дії у разі настання страхового випадку та номери телефонів лікарів–координаторів Страховика.

13.23. Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 48 годин.

13.24. Повторна консультація – консультація по результатам досліджень та/або проведеного лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.

13.25. Провідні фахівці – провідні спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік та спеціалісти ЛПЗ, вартість послуг яких, перевищує вартість аналогічних послуг лікарів - спеціалістів у преїскуранті даного ЛПЗ. Під послугами розуміється: консультації, процедури, забір аналізів тощо.

13.26. Професійний спорт – заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

13.27. Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

13.28. Супутнє захворювання – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. При цьому з приводу цих захворювань могли проводитися діагностичні та лікувальні заходи. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.

13.29. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору та вираховується при розрахунку розміру страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку. Франшиза може встановлюватись по категорії лікувально-профілактичних закладів та/або окремому ЛПЗ та/або по виду медичної послуги/або по окремій послугі. Розмір франшизи визначено у Додатку № до Договору.

13.30. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

13.31. Хронічне захворювання поза стадією загострення – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів) та встановлюється лікарем.

13.32. Родичі Застрахованої особи - особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою - подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки, віком не старше 65 років (станом на перший день дії Договору по відношенню до такої особи).

14. Додатками та невід'ємними частинами Договору є:

14.1. Додаток №1 Список винятків із страхових випадків.