

з «11» червня - 2024 року наказом Голови Правління
№ 133 /заг від 07.06.2024р.

Загальні умови індивідуального страхового продукту
«ТАС - Територія здоров'я»

1.	Ведення редакції в дію	11.06.2024	виведено з дії	
2.	Клас страхування, ризик	Клас страхування 2	Ризик в межах класу медичне страхування	
3.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	<p>3.1. Альтернативна консультація - це консультація, яка призначена з метою отримання Застрахованою особою «другої думки» для виключення будь-якої неточності у діагностичному або лікувальному процесі.</p> <p>3.2. Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору та Програми страхування з урахуванням Переліку Виключень.</p> <p>3.3. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю.</p> <p>3.4. Експериментальні або дослідницькі методи лікування - види лікування, які знаходяться на стадії наукових, клінічних досліджень і експериментів та застосування яких вимагає спеціального юридичного оформлення.</p> <p>3.5. 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 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.</p> <p>3.6. 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 (неповної, часткової ремісії), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає невідкладної медичної допомоги.</p> <p>3.7. Застрахована особа (надалі - ЗО)- фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування.</p> <p>3.8. Категорія медичного закладу (надалі –МЗ) - цифрове значення, що присвоюється кожному МЗ за рішенням Страховика в залежності від вартості послуг.</p> <p>3.9. 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</p>		

встановлюється.

3.10. Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями, функціональними розладами, також симптоматичного лікування до 3-5 днів за один курс лікування в тому числі захворювань зі списку виключень (якщо інше прямо не вказано у Програмі).

3.11. Міжнародна класифікація хвороб (далі МКХ)- документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Діючою вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнавати розділ МКХ.

3.12. Нетрадиційна медицина (нетрадиційні методи лікування) - лікування методами, ефективність яких не доведена клінічними дослідженнями, але які можуть бути обґрунтовані з точки зору медичної науки. Це такі види лікування як аромотерапія, гірудотерапія, голкореклексотерапія, тощо.

3.13. Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.

3.14. Нещасний випадок на виробництві -це обмежена в часі подія або раптовий вплив на працівника небезпечного виробничого фактору чи середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю та виникає необхідність надання медичної допомоги на умовах Договору та Програми страхування, Виключень.

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

3.16. Персональна пластикова/електронна картка – пластикова/електронна картка на якій вказані: прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номер картки, номер Договору, дії у разі настання страхового випадку, номери телефонів медичного асистансу Страховика та інша інформація.

3.17. Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі 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.

3.18. Провідний фахівець - це лікар/інший медичний фахівець, послуги якого передбаченні умовами договору, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного МЗ, включає, але не обмежується: консультації професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо.

3.19. 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.

3.20. Симптоматичне лікування — це будь-яка медикаментозна терапія захворювання, яка впливає лише на його симптоми, а не на

основну причину. Зазвичай, воно спрямоване на зменшення ознак та виявів хвороби задля полегшення самопочуття та покращення стану пацієнта. Договором передбачено покриття одного симптоматичного лікування по кожній нозологічній одиниці на рік не більше 5 днів на випадок.

3.21. Стоматологічна допомога – планова та/або невідкладна стоматологічна допомога, що визначена Програмою Страхування. Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога – комплекс заходів, що надається застрахованій особі при гострому зубному болю, в екстреному порядку, при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до лікаря-координатора Страховика. Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога надається виключно при: гострих формах пульпітів (лікування пульпітів і періодонтитів по ургентній стоматології включає перше відвідування стоматолога без постановки постійної пломби), загостреннях всіх хронічних форм періодонтитів (крім фібринозного), періоститі, перикоронариті, флегмоні і абсцесі щелепно-лицевої ділянки, невідкладній допомозі у випадку щелепно-лицевої травми.

3.22. Страхова премія – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором страхування.

3.23. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. За цим Договором страхова сума встановлена за типом «агрегатна», тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати.

3.24. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику/Застрахованій особі/Медичному закладу або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.

3.25. Страховий номер телефону ЗО – контактний номер телефону ЗО який надається Страховику Страхувальником. Страховий номер телефону використовується для: процесу ідентифікації ЗО в інформаційній системі Страховика, комунікації ЗО та уповноважених представників Страховика, користування мобільним застосунком «Мій ТАС» та Паблік акаунтами СГ ТАС (Telegram). Зміна страхового номеру телефону здійснюється за письмовим запитом Страхувальника або за процедурою, що визначається Страховиком через телефонне звернення до медичного асистансу Страховика.

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

3.27. Суворий ліжковий режим- постійне перебування хворого у лежачому положенні, з забезпеченням його фізичним та психічним спокоєм.

3.28. Телемедицина – комплекс організаційних, фінансових і технологічних заходів, що забезпечують надання дистанційної консультаційної медичної послуги, при якій Застрахована особа або лікар, що безпосередньо проводить обстеження та/або лікування Застрахованої особи, отримує дистанційну консультацію іншого лікаря з використанням телекомунікацій.

3.29. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

3.30. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з

		<p>первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.</p> <p>3.31. Член родини Застрахованої особи - особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою - подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки, віком не старших 60 років (станом на останній день дії Договору), якщо інше не погоджено Програмою.</p> <p>3.32. Виключний перелік понять і термінів наведено у Договорі страхування, що укладається на підставі даних Загальних умов страхового продукту «ТАС - Територія здоров'я - класичний пакет».</p>
4.	Умови страхового покриття за договором страхування	<p>4.1. Умови страхового покриття за Договором Страхування визначаються в тексті договору за згодою Сторін.</p> <p>4.2. Перелік страхових ризиків та визначення страхових випадків.</p> <p>4.2.1. Страховим ризиком - є події визначенні у відповідному Договорі.</p> <p>4.2.2. Страховими випадками є понесення витрат на отримання ЗО медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання страхового ризику.</p> <p>4.3. Строк дії визначений у Договорі.</p> <p>4.4. Страхова сума - визначена Договорі.</p> <p>4.5. Територія дії Договору – визначена Договорі.</p>
5.	Права та обов'язки Сторін	<p>5.1. Страхувальник має право:</p> <p>5.1.1. внести зміни, достроково припинити, відмовитись від Договору страхування на умовах визначених у Розділі 20-21 Договору;</p> <p>5.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника або отримати повторно відправлення форми договору за допомогою інформаційно-телекомукаційних систем, в тому числі, за допомогою електронної пошти, у випадку оформлення договору в електронному вигляді;</p> <p>5.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;</p> <p>5.1.4. оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати;</p> <p>5.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.</p> <p>5.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>5.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;</p> <p>5.2.2. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;</p> <p>5.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування;</p> <p>5.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;</p> <p>5.2.5. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;</p> <p>5.2.6. повідомити Страховику про наявність на законних підставах або</p>

на підставі інших правовідносин страхового інтересу стосовно застрахованої особи та/або Вигодонабувача;

5.2.7. повідомити не пізніше як за 3 робочих дні до початку дії Договору, в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу - ЗО про укладення на її користь договору страхування, і якщо така особа до початку дії Договору не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;

5.2.8. у страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;

5.2.9. надати страховий номер Застрахованої особи;

5.2.10. Страхувальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання письмового повідомлення від Страховика повернути Страховикові суму отриманого страхового відшкодування/виплати, якщо після виплати страхового відшкодування Страховиком будуть встановлені обставини, які позбавляють Страхувальника, Застраховану особу (Вигодонабувача) права отримання страхового відшкодування за Договором.

5.3. Страховик має право:

5.3.1. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, фізичних осіб, що володіють інформацією про обставини страхового випадку або компетентні в проведенні відповідних досліджень, а також самостійно з'ясовувати обставини та причини страхового випадку. Здійснення таких дій Страховиком не є підставою для визнання події, що сталася, страховим випадком;

5.3.2. залучити за власний рахунок експерта тощо до розслідування обставин, причин та наслідків події, що в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок;

5.3.3. ння обставин, причин та наслідків події, що в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок;

5.3.4. відстрочити страхову виплату та/або відмовити у страховій виплаті в порядку, передбаченому цим Договором;

5.3.5. запитувати Страхувальника/Застраховану особу надання додаткових документів, що необхідні для здійснення страхової виплати;

5.3.6. самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку. Вимагати надання результатів та проведення аналізів на наявність алкоголю та/або наркотичних речовин у випадку травм;

5.3.7. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору, отримати від Страхувальника (ЗО) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я ЗО, вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я;

5.3.8. припинити дію Договору страхування без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору відносно окремих Застрахованих осіб з дня коли Страховику стало відомо, що на момент укладання Договору така Застрахована особа була ВІЛ-інфікованою, хворою на: СНІД, наркоманію, токсикоманію, тяжкі психічні захворювання;

5.3.9. ікованою, хворою на: СНІД, наркоманію, токсикоманію, тяжкі психічні захворювання;

5.3.10. організувати невідкладну/швидку медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з подальшою

		<p>організацією перевodu Застрахованої особи у Медичний заклад, передбачений цим Договором;</p> <p>5.3.11. включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Список Медичних закладів, як окремо за Програмою страхування так і по Договору в цілому. При цьому необхідно письмово повідомити Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого включення.</p> <p>5.3.12. виключити зі Списку Медичних закладів лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою. При цьому необхідно письмово повідомити Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого виключення;</p> <p>5.3.13. залучати для надання медичної допомоги лікарів, використовуючи можливості телемедицини;</p> <p>5.3.14. у випадку ГРВІ забезпечувати медикаментами Застрахованих осіб згідно з діючими рекомендаціями МОЗ без організації консультації лікаря. У випадку відсутності позитивної динаміки лікування протягом 3-5 днів, організація консультації лікаря є обов'язковою;</p> <p>5.3.15. визначати вид медичної допомоги на момент звернення Застрахованої особи до медичного асистансу;</p> <p>5.3.16. організувати медичну допомогу в категорії МЗ вище, ніж передбачено умовами програми на свій розсуд;</p> <p>5.3.17. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору так і протягом дії Договору;</p> <p>5.3.18. організувати та оплатити необхідну діагностику та лікування за страховими випадками, які мали місце за межами України, але при цьому вимагають медичної допомоги/надання послуг на території дії Договору. Рішення щодо такого покриття приймається виключно Страховиком на власний розсуд.</p> <p>5.4. Страховик зобов'язаний:</p> <p>5.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;</p> <p>5.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;</p> <p>5.4.3. не розголошувати відомостей, що становлять таємницю страхування, крім випадків та порядку, встановлених законодавством України;</p> <p>5.4.4. контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування;</p> <p>5.5. Виключний перелік прав та обов'язків Сторін визначено у Договорі страхування.</p>
6.	Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	<p>6.1. Відповідальність Сторін:</p> <p>6.1.1. за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) з вини Страховика, в разі отримання страхової виплати (страхового відшкодування) безпосередньо Страхувальником або представником Страхувальника, правонаступником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем, опікуном, піклувальником, Страховик сплачує такій особі штраф у розмірі 0,01 відсотків від облікової ставки НБУ (діючої на дату страхового випадку) від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати (страхового відшкодування).</p> <p>6.1.2.</p> <p>6.1.1. Страховик не несе відповідальності щодо виплати штрафу (неустойки) Страхувальнику у разі перерахування страхової виплати</p>

(страхового відшкодування) асистуючій компанії, аптеці, медичним закладам, станції технічного обслуговування, іншим особам, які надають послуги в межах договору страхування, так як страхова виплата (страхове відшкодування) виплачувалась не Страхувальнику (Вигодонабувачу). В таких випадках, в разі несвоєчасного здійснення страхової виплати (страхового відшкодування), відповідальність Страховика визначається відповідно до умов договорів про співпрацю або надання послуг застрахованим особам / Страхувальникам.

6.1.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами). Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо. У такому разі Страховик звільняється від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань даного Договору. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання обставин непереборної сили (форс-мажору) в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.

6.1.4. Страховик звільняється від відповідальності, виплата страхового відшкодування чи будь-яких компенсацій не проводиться та надання будь-якої вигоди за цим Договором не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій Організації Об'єднаних Націй або торговельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або Перестраховику за договором перестраховування, згідно з яким перестраховано цей Договір, здійснювати страхування або перестраховування або сплачувати страхове відшкодування за цим Договором або за договором перестраховування.

6.1.5. Виключний перелік відповідальності Сторін за невиконання

		та/або неналежне виконання умов Договору визначено у Договорі.
7.	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	<p>7.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви однієї зі Сторін, оформлюються додатковими договорами до договору страхування.</p> <p>7.2. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з дати, визначеної Сторонами в додатковому договорі до договору страхування. Якщо Сторони не досягли згоди щодо внесення змін до Договору, то Сторона, що вимагає таких змін, має право в односторонньому порядку ініціювати припинення дії Договору згідно з законодавством України. Такий Договір припиняє свою дію на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої зі Сторін про реалізацію іншою Стороною Договору цього права.</p> <p>7.3. ва.</p> <p>7.4. Страхувальник, протягом строку дії договору страхування, має право змінювати ЗО за згодою Страховика.</p> <p>7.5. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою сторін у таких випадках:</p> <p>7.5.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;</p> <p>7.5.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми.</p> <p>7.6. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у зв'язку з невиконанням страхувальником умов договору страхування.</p> <p>7.7. Заміна Сторони у договорі страхування:</p> <p>7.7.1. у разі смерті страхувальника, який уклав договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих;</p> <p>7.7.2. у разі визнання судом фізичної особи - страхувальника недієздатною права і обов'язки такої особи за договором страхування переходять до її опікуна, а дія договору страхування відповідальності припиняється з дня визнання особи недієздатною.</p> <p>7.7.3. У разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника</p> <p>7.8. Заміна Страховика у договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та страхувальником або Договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону «Про Страхування».</p> <p>7.9. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика.</p> <p>7.10. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>7.10.1. закінчення строку дії Договору страхування;</p> <p>7.10.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у</p>

повному обсязі;

7.10.3. несплати Страхувальником страхової премії (або відповідної її частини) у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах. При цьому дія цього Договору автоматично припиняється з 00:00 годин 30 дня, що йде за днем, зазначеним як строк внесення чергової частини страхової премії. Страховик не зобов'язаний пред'являти вимогу про сплату страхової премії.

7.10.3.1. У випадку несплати чергової частини страхової премії у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах, страховий захист по цьому Договору призупиняється з 00:00 годин дня, що визначений як строк внесення страхової премії або її чергової частини. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена у період 30 днів від дати, яка визначена у договорі як дата сплати чергової частини страхового платежу, Страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин, наступного за днем зарахування коштів на рахунок Страховика. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період призупинення дії страхового захисту, при цьому призупинення страхового захисту не впливає на строк дії Договору страхування, дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною

7.10.3.2. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена після припинення його дії, відповідно до п.7.9.3. Сторони погодили, що дія Договору відновлюється з дати сплати страхового платежу на рахунок Страховика, а страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин 11 ого дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період з 00-00 год. дня, наступного за днем прострочення (несплати) Страхувальником чергової частини страхової премії, по 00-00 год. дня, 11 дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика, при цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

7.10.3.3. і премії, по 00-00 год. дня, 11 дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика, при цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

7.10.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування»), або визнання фізичної особи недієздатною (для договорів страхування відповідальності);

7.10.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.10.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

7.10.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

7.11. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Страховик не обмежує Страхувальника у праві дострокового припинення договору страхування, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством. Страховик має право достроково припинити договір страхування без згоди страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

7.12. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніш як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

7.13. повідомити іншу сторону не пізніш як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

7.13. У разі дострокового припинення договору страхування за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю сторін Договору страхування.

7.14. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування:

7.15. цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування:

7.14.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами договору, - за таких обставин:

7.14.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням страховиком умов договору страхування;

7.14.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування;

7.14.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 393 Податкового кодексу України;

7.14.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, - в разі ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи - підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування».

7.15. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у договорі страхування.

7.16. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченої страхової премії (страхову премію, сплачену за період страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення, для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування та перевищує один рік) у разі дострокового припинення дії договору страхування у випадку:

7.16.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов договору страхування;

7.16.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов договору страхування;

7.16.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;

7.16.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним.

7.17. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування страхувальником відповідно до статті 56 Закону «Про Страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі страховиком страхового портфеля.

7.18. Сплачена страхова премія не повертається, у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі.

7.19. Сплачена страхова премія (її частина) або частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, у разі дострокового припинення дії договору страхування підлягає поверненню застрахованій особі, яка її сплатила, якщо згідно з умовами договору страхування на застраховану особу

7.20. покладено обов'язок зі сплати страхової премії (її частини) і така

		<p>особа сплатила страхову премію (її частину).</p> <p>7.21. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється страховиком не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України.</p> <p>7.22. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.</p> <p>7.23. прийняття страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.</p> <p>7.23. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.</p> <p>7.24. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору може бути доповнено у Договорі страхування, що укладається на підставі даних Загальних умов страхового продукту.</p>
8.	Порядок відмови від договору страхування	<p>8.23. Страхувальник має право у письмовій (електронній) формі повідомити Страховика, протягом 30 календарних днів, з дня укладення договору страхування про відмову від такого договору без пояснення причин, крім:</p> <p>8.1.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</p> <p>8.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.</p> <p>8.24. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, протягом десяти робочих днів з дня отримання такої заяви, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
9.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>9.23. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа повинна негайно звернутися до лікаря-координатора Страховика за телефонами: (095) 088 47 77; (093) 088 47 77; (097) 088 47 77 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора), вказаними в пластиковій/електронній картці Застрахованої особи та/або шляхом звернення через мобільний застосунок «Мій ТАС» або Паблік акаунт СГ ТАС (Telegam) та повідомити наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи; - номер Договору страхування/персональної картки; - причину звернення (скарги, проблеми зі здоров'ям тощо); - фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів; - іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика. <p>9.24. Лікар-координатор Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку.</p> <p>9.25. Лікар-координатор Страховика зобов'язаний організувати медичну допомогу в наступні строки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - планова амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога – не пізніше 48 годин з моменту звернення Застрахованої особи; - виклик лікаря додому - у день звернення або на найближчий робочий день, згідно з графіком роботи поліклініки; - організація медикаментозного забезпечення - протягом 3-4 годин з

моменту звернення згідно з графіком роботи аптек.
Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.

9.26. Підбір Медичного закладу здійснюється лікарем-координатором Страховика із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. Медичний заклад обирається із визначених у Додатку №4 до Договору.

9.27. В медичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити іменну пластикову/електронну картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором Страховика в телефонному режимі.

9.28. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зв'язатися з лікарем координатором Страховика для отримання невідкладної медичної допомоги з можливою організацією ургентного стаціонарного лікування (якщо такі передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із медичного закладу), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика.

9.29. будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика.

9.30. Якщо Медичні заклади в яких отримана вищезазначена допомога не визначенні у Додатку №4, то Страховик відшкодовує понесені Застрахованою особою витрати відповідно до умов цього Договору з наступними обмеженнями:

9.30.1. при отриманні невідкладної/швидкої медичної допомоги у державних та відомчих Медичних закладах - 100% понесених відповідних прямих витрат. При зверненні в приватні медичні заклади – Страховик має право відмовити у страховій виплаті;

9.30.2. при екстреному стаціонарному лікуванні - 100% понесених відповідних прямих витрат у медичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні медичні заклади, розмір страхової виплати визначається як 30% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, якщо інше не буде погоджено зі Страховиком.

В будь-якому випадку вищезазначені страхові виплати здійснюються розмірі не більшому за встановлений ліміт страхової суми, передбаченої Програмою страхування.

9.31. При отриманні медичної допомоги у медичних закладах, не передбачених Додатком №4 до цього Договору, Застрахована особа зобов'язана узгоджувати зі Страховиком план лікування, що включає: перелік рекомендованих обстежень, процедур, медикаментів та інше. Не узгоджений план лікування та/або послуги, що прямо не передбаченні умовами цього Договору не відшкодовуватимуться Страховиком.

9.32. При цьому страхова виплата здійснюється в наступних розмірах:

- у випадках звернення для отримання стоматологічної допомоги – 100% від вартості послуг;
- у випадках звернення для отримання амбулаторно-поліклінічної та/або стаціонарної допомоги: 100% понесених відповідних витрат у медичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні медичні заклади, – розмір страхової виплати визначається як 25% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою та Договором, або визначається за перерахунком по цінам базових медичних закладів згідно договору співпраці між Страховиком та базовим медичним закладом на дату настання страхового випадку та які визначені Програмою страхування.

		<p>9.11. Надання необхідної медичної допомоги, іншої ніж невідкладна медична допомога та/або екстрений стаціонар Застрахованій особі у медичних закладах, не передбачених Додатком №4 до цього Договору, здійснюється виключно, якщо немає можливості надати необхідну медичну допомогу Застрахованій особі у Медичному закладі, передбаченому Договором та таке звернення попередньо погоджено з лікарем координатором Страховика.</p> <p>9.12. В межах Договору страхування може бути наведено уточнений перелік дій ЗО/Страховальника/Вигодонабувача, інших відповідальних осіб у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.</p>
10.	Порядок розрахунку страхових виплат	<p>10.1. Загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадкам не може перевищувати страхову суму на кожну Застраховану особу та встановлених лімітів страхових сум на Застраховану особу чи групу Застрахованих осіб, зазначених в Програмі страхування.</p>
11.	Умови здійснення страхових виплат	<p>11.1. Страхова виплата здійснюється:</p> <p>11.1.1. Медичному закладу (лікувальному-профілактичному, спортивно-оздоровчому, іншому закладу) у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та Медичним закладом;</p> <p>11.1.2. Застрахованій особі (її законним представникам), у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених цим Договором), після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.</p> <p>11.2. Для здійснення Страховиком страхової виплати Страховальник /Застрахована особа повинен надати Страховику такі документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - заяву на страхову виплату встановленого зразку В заяві зазначаються: дата подання заяви, перелік всіх поданих фінансових документів, прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, країну громадянства та постійного місця проживання, паспортні дані, РНОКПП, адреса проживання, номер мобільного телефону, реквізити у форматі ІВАН. Заява обов'язково має бути завірена власним підписом; - Договір/поліс страхування (карта ЗО); - документ/довідка з медичної установи: виписка з медичної карти амбулаторного хворого; виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз); консультативний висновок спеціаліста, які містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг. Довідка з медичної установи має бути підписана лікарем, містити печатку медичного закладу, або бути на фірмовому бланку медичного закладу. Виписка з історії хвороби має бути підписана головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичної частини) з печаткою Медичного закладу; - фінансові документи, що підтверджують факт оплати медичної допомоги (медикаментів) – фіскальні чеки, квитанції до прибуткового касового ордеру, квитанція банківської оплати (з зазначенням назв медикаментів, товарів, послуг). У випадку, якщо у фіскальних чеках або квитанціях не зазначені конкретні назви медикаментів, товарів та послуг – до таких документів обов'язково надається товарний чек (накладна, акт виконаних робіт) в яких зазначені конкретні медикаменти, товари, послуги. На квитанції до прибуткового касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка; касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка; - при отриманні медичної допомоги (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності (ФОП) – копію свідоцтво про державну реєстрацію/виписки фізичної особи-підприємця, копію

		<p>документа, який підтверджує сплату ФОП податку за відповідний період (свідоцтво, квитанція банківської оплати), копію ліцензії на від діяльності ФОП (якщо, не зазначено в документах про сплату податку).</p> <ul style="list-style-type: none"> - копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі (її законного представника); - копія паспорту Застрахованій особі (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації) (її законного представника) або копія ID-картки з двох боків; - копії закритих листків тимчасової непрацездатності, засвідчені відділом кадрів з печаткою за місцем роботи Застрахованої особи, (якщо випадок пов'язаний з тимчасовою втратою працездатності); <p>11.3. Якщо Застрахованою особою/Вигодонабувачем з метою отримання страхового відшкодування надано копії документів, передбачених п.11.2. Загальних умов, Страховик має право вимагати їх подання в оригіналі для здійснення страхової виплати.</p> <p>11.4. Документи, що вказані у п.11.2. Загальних умов, Застрахована особа повинна надати Страховику у термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту закінчення лікування. У випадку не виконання цієї вимоги Страховик має право повністю відмовити у страховій виплаті. Заява та документи надаються в паперовій формі, або за погодженням Страховика в електронній формі.</p> <p>11.5. Застрахованій особі (її законним представникам), у разі самостійної оплати медичної допомоги зобов'язана зберігати оригінали усіх документів (фінансових, медичних та інших документів), якщо Страховику надавалися копії.</p> <p>11.6. Умови здійснення страхових виплат можуть уточнюватись у Договорі Страхування.</p>
12.	Підстави відмови у страховій виплаті	<p>12.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;</p> <p>12.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>12.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <p>12.4. Одержання Страхувальником або Вигодонабувачем, чи Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;</p> <p>12.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факти, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);</p> <p>12.6. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;</p> <p>12.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором.</p> <p>12.8. Виключний перелік підстав відмови у страховій виплаті наведено у Договорі.</p>
13.	Порядок укладання договору	<p>13.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до</p>

страхування	<p>письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.</p> <p>13.2. У паперовому вигляді договір укладається на паперовому носії шляхом підписання Договору. Підписанням Договору Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору. Підписана обома сторонами Договір та додатки до нього видаються Страхувальнику одразу після його підписання.</p> <p>13.3. у Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору. Підписана обома сторонами Договір та додатки до нього видаються Страхувальнику одразу після його підписання.</p> <p>13.3. У порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", Договір укладається шляхом прийняття Страхувальником (акцепту) з використанням інформаційно-комунікаційної системи (ІКС) Страховика та/або його посередника, у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», Цивільного кодексу України та Закону України «Про електронні довірчі послуги». Реєстрація клієнта в інформаційно-комунікаційній системі Страховика(Посередника) здійснюється на підставі наданих клієнтом даних, необхідних для укладення договору страхування, та підтверджується наданням одноразового ідентифікатора, який передається клієнту засобом електронного зв'язку, вказаному під час реєстрації у інформаційно-комунікаційній системі Страховика. В подальшому даний одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного договору страхування</p> <p>10.1. вору страхування</p> <p>13.4. Безумовним прийняттям (акцептом) умов пропозиції (оферти) Страхувальником вважається: - заповнення ним Договору, яка є формою прийняття пропозиції та її підписання удосконаленим електронним підписом з кваліфікованим сертифікатом (УЕП), кваліфікованим електронним підписом (КЕП) або електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його посередником на електронну пошту та /або на мобільний телефон Страхувальника та вводиться Страхувальником в ІКС Страховика або його посередника. При цьому підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію.</p> <p>13.5. ика. При цьому підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію.</p> <p>13.5. Заповнення Страхувальником Договору без накладення підпису не призводить до обов'язку останнього укласти Договір страхування. У випадку не підписання Страхувальником Договору, останній вважається неукладеним.</p> <p>13.6. Після підписання договору Страхувальником, уповноважена особа Страховика присвоює номер Договору та підписує Договір за допомогою КЕП або УЕП із кваліфікованим сертифікатом (з використанням кваліфікованої позначки часу). У разі не підписання Договору Страховиком, договір вважається неукладеним.</p> <p>13.7. У електронному вигляді договір укладається шляхом підписання Договору, яка підсуються обома сторонами з використанням КЕП або УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p>
-------------	--

		<p>13.8. Використання електронного підпису Сторонами Договору не може тлумачитись як таке, що обмежує право Сторін вчиняти правочини у вигляді паперових документів (змінювати, доповнювати або припиняти дію електронного Договору правочинами викладеними в паперовій формі і навпаки).</p> <p>13.9. Страховик направляє на електронну адресу, або іншим способом обраним Страхувальником, примірник Договору страхування з додатками, підписаний обома сторонами Страхувальнику одразу після підписання такого договору, але не пізніше початку строку його дії або не пізніше дня укладення договору страхування, якщо договором страхування визначено ретроактивну дату. Страховик за зверненням Страхувальника зобов'язаний виготовити паперову копію Договору, укладеного в електронній формі протягом 3 робочих днів з дня звернення.</p> <p>13.10. Страхувальник, підписуючи Договір, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.</p> <p>13.11. ці страхування.</p> <p>13.11. Підписуючи Договір, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.</p> <p>13.12. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p>
14.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	14.1. Виключний перелік винятків із страхових випадків та обмежень Договору страхування наводяться у Договорі страхування та визначаються за згодою Сторін.
15.	Порядок вирішення спорів	<p>15.1. Механізм захисту прав споживачів фінансових послуг в АТ «СГ«ТАС» (приватне) визначений «Положенням про розгляд скарг споживачів фінансових послуг АТ «СГ «ТАС» (приватне). Спірні питання по договору страхування між Страхувальником, потерпілою третьою особою та страховиком розв'язуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірних питаннях не призведуть до обопільної домовленості сторін, вирішення суперечок здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України, в тому числі шляхом звернення до суду.</p> <p>15.2. суду.</p> <p>15.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://sgtas.ua/info.</p>
16.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>16.1. Контакт-центр Страховика за номером (вартість дзвінка згідно з тарифами оператора):</p> <p>(095) 088 47 77;</p> <p>(093) 088 47 77;</p> <p>(097) 088 47 77.</p>
17.	Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	<p>17.1. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику перед укладенням Договору страхування інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування, вказати всі дані, що визначені у Заяві на страхування – Додаток №1.</p> <p>17.2. Страхувальник зобов'язаний за запитом Страховика надати Декларації про стан здоров'я щодо окремих Застрахованих осіб.</p> <p>17.3. Страхувальник зобов'язаний повідомляти про зміни протягом строку дії Договору, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику - зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі, заяві на страхування або будь-якому іншому</p>

		документі, який подавався Страховику, зокрема, але не обмежуючись: умов праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань про які не було належним чином повідомлено, встановлення групи інвалідності тощо.
18.	Гранична максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	40%