



вул. Білоруська, 3 м. Київ, 04050
 e-mail: info@bbs.com.ua www.bbs.ua
 0 (800) 500 123 (безкоштовно з
 стаціонарних та мобільних в Україні)

ПУБЛІЧНА ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (безперервного страхування здоров'я)

ОФЕРТА № 008 - 062 /ОП

Версія 1.1.

м. Київ

«20» грудня 2023 року

10. УМОВИ ПУБЛІЧНОЇ ОФЕРТИ

10.1. Ця публічна оферта (далі – Оферта) є офіційною пропозицією Страховика невизначеному колу дієздатних фізичних та/або юридичних осіб укласти з Страховиком Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір).

10.2. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до неї.

10.3. Страхувальником за Договором є дієздатна фізична та/або юридична особа, яка приєдналася до цієї Публічної оферти відповідно до положень статей 634, 642 Цивільного кодексу України, та укладає з Страховиком Договір шляхом акцептування цієї Публічної оферти.

10.4. Договір укладається відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №008 у редакції, що діє на дату укладання Договору (далі по тексту – Правила страхування), Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

10.5. Даний Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) складається з Індивідуальної частини Договору (далі Частини 1 Договору/Індивідуальна частина Договору), та цієї Публічної оферти (далі – Частина 2 Договору/Публічна частина Договору).

10.6. Частина 1, Індивідуальна частина Договору, укладається в паперовому вигляді та підписується Страховиком та Страхувальником. Підписання Страхувальником Частини 1, Індивідуальної частини Договору та оплачуючи страховий платіж по Договору (його першу частину, якщо умови щодо сплати страхового платежу частинами передбачені Договором) є безумовним прийняттям (акцептом) умов Публічної частини Договору (Оферти). Примірник Частини 1, Індивідуальної частини Договору надається Страхувальнику одразу після підписання та до початку надання послуг по цьому Договору.

10.7. Частина 2, Публічна частина Договору розміщена в мережі Інтернет за посиланням: <http://bbs.ua/p-oferta-1.1.dms> у вигляді електронного документу, підписана кваліфікованим електронним підписом Голови Правління Страховика та доступна для вільного ознайомлення.

10.8. Дана версія Публічної частини Договору (Оферти) введена в дію «20» грудня 2023 року та діє до скасування або введення в дію нової версії Оферти.

10.9. На письмову вимогу однієї із сторін Договору (Страхувальника або Страховика, разом надалі – Сторони) Сторони зобов'язані відтворити Договір на паперовому носії протягом п'яти робочих днів з дня пред'явлення такої письмової вимоги іншій стороні Договору.

11. Визначення термінів

11.1. Амбулаторно-поліклінічна допомога – надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах, коли Застрахована особа не перебуває у стаціонарі під час лікування.

11.2. Медичний асистанс- юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором, а також організовує надання послуг Застрахованій особі в разі настання страхового випадку.

11.3. Базові медичні заклади – лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування з якими укладено договори про співробітництво, відповідно до категорії лікувально-профілактичних закладів обраної Програми страхування. Ці заклади мають пріоритет при скеруванні Застрахованої особи за медичними послугами. Обслуговування у інших закладах відбувається за погодження Страховика, при неможливості отримання цієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі або за індивідуальним направленням лікаря базового медичного закладу. Перелік базових медичних закладів та аптек Страховик надає Страхувальнику в електронному вигляді частиною при укладанні цього Договору.

- 11.4. Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини не було в неї виявлене та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше ніколи не проводилися.
- 11.5. Гостре захворювання** – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами.
- 11.6. Денний стаціонар** – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров'я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.
- 11.7. Застрахована особа (ЗО)** - це фізична особа на користь якої укладений Договір; згідно з Договором Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника.
- 11.8. Клас (рівень) обслуговування** - відповідний рівень послуг та сервісу, що надається Застрахованій особі у медичних закладах, визначених Програмою страхування.
- 11.9. Критичні захворювання** – група первинних захворювань, що включає в себе вперше виявленні злоякісні/доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, вперше виявлений цукровий діабет I типу та вперше виявлений туберкульоз будь-якої локалізації, діагностика та лікування яких, передбачено конкретною Програмою страхування. Також Програмою страхування може бути передбачено корпоративні або індивідуальні ліміти на лікування та діагностику таких захворювань.
- 11.10. Корпоративний ліміт** (на виключення, на лікування захворювань – виключень, в тому числі - на лікування та діагностику критичних захворювань, на покриття діагностичних та/або лікувальних заходів, що підпадають під обмеження та/або виключення із страхування тощо) – сума коштів визначена Сторонами, в межах загальної страхової суми за Договором, що може бути використана Страховиком за письмовим погодженням зі Страхувальником на покриття діагностики, лікування, профілактики та інших заходів, які прямо не передбачені Програмою страхування, або, відповідно до умов цього Договору підпадають під виключення та/або обмеження страхування.
- 11.11. Ліміт страхових виплат (ліміт відповідальності Страховика)** – максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений за окремими опціями (видами медичних послуг), визначеними Програмами страхування для конкретної Застрахованої особи.
- 11.12. Лікувально-профілактична установа (далі- ЛПУ)** - заклад охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги та/ або реалізовувати лікарські засоби та товари медичного призначення, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання послуг з реабілітації, зокрема й санаторних. До медичних установ прирівнюються ЛПУ МОЗ України, приватні ЛПУ, аптеки, діагностичні центри, стоматології, оптики, Національні Наукові центри АМН України тощо.
- 11.13. Медичні (лікувальні) послуги** - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також надання медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для лікування Застрахованої особи, які передбачені обраною Програмою страхування.
- 11.14. Медичний огляд** - обов'язковий попередній (під час прийняття на роботу) і періодичні (протягом трудової діяльності) медичні огляди працівників, зайнятих на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба у професійному доборі, та щорічно для осіб віком до 21 року. Медичні огляди проводяться відповідно до процедури установленої Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» N 246 від 21.05.2007 . Медичні огляди проводяться виключно у ЗОЗ другої,першої, вищої акредитаційної категорії та спеціалізованих ЗОЗ, які мають право встановлювати діагноз щодо професійних захворювань.
- 11.15. Екстрена (швидка) медична допомога** – медично виправдані та обґрунтовані заходи медичної допомоги, які полягають у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги, відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному (критичному) медичному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. В тому числі за медичних показів включає медичний супровід Застрахованої особи, яка перебуває у невідкладному (критичному) медичному стані до найближчого ЗОЗ, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога.
- 11.16. Невідкладний стан людини** - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей.
- 11.17. Стаціонарна допомога** – вид медичної допомоги для лікування хворої Застрахованої особи, яка знаходиться у ЗОЗ протягом безперервного періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу. Стаціонарна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися у плановому порядку.
- 11.18. Невідкладний стаціонар** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із порушенням загального стану організму цієї особи, що загрожує життю, або порушенням функціонування її окремих систем та органів, зокрема й таке, що потребує лікування в умовах відділення інтенсивної терапії

та/або оперативного втручання протягом перших 24 годин, та про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається "Госпіталізований за терміновими показаннями".

11.19. Плановий стаціонар – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку з порушенням окремих функцій її органів та систем, що не потребують негайного надання допомоги за життєвими показниками. Плановою госпіталізацією вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом не пізніше 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем.

11.20. Провідний фахівець - це лікар ЗОЗ, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного ЛПУ, включає зокрема й консультації докторів (кандидатів) медичних наук, професорів, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо.

11.21. Програма страхування – перелік медичних, медико-транспортних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до обраних нею опцій, їх обсяг (ліміт відповідальності) та рівень якості, при укладенні Договору страхування, вартість яких відшкодовується Страховиком. Програма є невід'ємною частиною Договору страхування.

11.22. Профілактичний огляд – комплекс медичних заходів (огляд, діагностичні дослідження та інше), спрямований на виявлення первинного захворювання та/або на виявлення та запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.

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

11.24. Розрахункова клініка – референтний медичний заклад, за вартістю послуг якого відбувається розрахунок розміру страхового відшкодування Застрахованим особам, які самостійно отримали та оплатили медичні послуги в ЛПУ поза списком Страховика (вартість послуг в яких більша за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах).

11.25. Хронічне захворювання – тривале 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. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).

11.26. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком: Франшиза визначається у Програмі страхування (Додаток №2 до Договору) для кожної Застрахованої особи. При наявності франшизи у Програмі страхування, Застрахована особа зобов'язана самостійно сплатити лікувально-профілактичному закладу чи аптеці відповідну частину вартості медичних послуг або вартості медикаментів.

11.27. Агрегатна страхова сума – ліміт (межа) сумарного розміру всіх страхових виплат за весь час дії Договору. Договір вважається виконаним і припиняє свою дію з моменту, коли сума виплат всіх відшкодувань по Договору досягла або перевищила встановлений ліміт.

11.27.1. У разі агрегатної страхової суми, після кожної виплати страхового відшкодування страхова сума зменшується на розмір страхової виплати.

12. Страхові ризики. Страхові випадки.

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

12.2. Страховими ризиками за цим Договором є:

12.2.1. Гостре захворювання Застрахованої особи.

12.2.2. Загострення хронічних хвороб Застрахованої особи.

12.2.3. Хронічні хвороби в стадії ремісії.

12.2.4. Розлади здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

12.2.5. Перелік ризиків визначається Програмою страхування для конкретної Застрахованої особи, що є Додатком № 2 та невід'ємною частиною цього Договору.

12.3. Страховим випадком є подія, передбачена цим Договором, яка відбулася і, з настанням якої, виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у розмірі вартості наданих медичних послуг та/або вартості медикаментів в ліміті, визначеному Програмою страхування для конкретної Застрахованої особи.

13. Обставини, що є виключенням із страхових випадків та обмеженням у страхуванні, форс-мажор.

13.1. Обставини, що є виключенням із страхових випадків та обмеженнями у страхуванні по цьому Договору визначені в Додатку № 3 до цього Договору.

13.2. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором при настанні обставин непереборної сили (форс-мажор) і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин.

13.3. Під обставинами форс-мажору слід розуміти факти настання таких подій, що роблять неможливим виконання Сторонами своїх обов'язків:

- 1) Війну, вторгнення, ворожі дії іноземних держав (незалежно від факту об'явлення війни).
- 2) Громадянську війну, масові заворушення, повстання, революцію, узурпацію влади, військово або надзвичайне становище, страйк, державний переворот, терористичний акт, військово диктатура.
- 3) Стихійні лиха, пожежі, землетруси та інші природні явища.
- 4) Блокаду, ембарго, валютні обмеження, зміни в законодавстві та інші дії держави (органів влади), планові або аварійні відключення електропостачання, що застосовуються за вказівками уповноважених органів, підприємств, організацій.

13.4. Сторона, яка підпала під дію таких обставин, повинна не пізніше 3 (Трьох) робочих днів з моменту їх настання повідомити про це іншу Сторону. В іншому випадку така Сторона при невиконанні своїх зобов'язань за Договором втрачає право на посилання на вплив зазначених обставин.

13.5. Сторона, для якої склалася неможливість виконання обов'язків внаслідок впливу обставин непереборної сили, повинна надати іншій Стороні підтвердження про настання таких обставин та про їх безпосередній вплив на можливість невиконання обов'язків.

13.6. Відповідним доказом строку дії обставин форс-мажору вважається офіційне підтвердження, що надається Торгово-промисловою палатою України або іншим державним органом, яке повинно бути направлено Стороною, яка попала під дію даних обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин форс-мажору, має право перенести термін виконання обов'язків за Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

13.7. Після закінчення дії таких обставин, Сторона, яка попала під їх вплив, зобов'язана протягом 7 (семи) робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору, виконати належним чином зобов'язання, відповідно до умов Договору.

14. Дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку

14.1. В разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа зобов'язана:

14.1.1. Протягом 24 годин, з моменту настання такої події повідомити Страховика/Медичний асистанс за номером: зазначеним у картці Застрахованої особи/ Частині 1 Договору страхування для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг.

14.1.2. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє йому самостійно здійснити повідомлення про настання події, яка може бути визнана страховим випадком, таке повідомлення від його імені може бути здійснено членами його сім'ї, колегами по роботі, знайомими або іншими особами (залежно від місця його перебування).

14.1.3. Діяти відповідно до інструкцій відповідального співробітника (спеціаліста) Медичного асистансу.

14.2. При зверненні до Медичного асистансу Застрахована особа має надати наступну інформацію:

14.2.1. Прізвище, Ім'я, По-батькові.

14.2.2. Індивідуальний номер Картки Застрахованої особи/номер Договору страхування.

14.2.3. Місце роботи, місце проживання.

14.2.4. Причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям).

14.2.5. Адреса місцезнаходження, контактний телефон.

14.3. Лікар – координатор Медичного асистансу проводить ідентифікацію Застрахованої особи, перевіряє чинність (валідність) Договору, надає медичні рекомендації, та, у разі необхідності, направляє Застраховану особу у відповідний базовий заклад охорони здоров'я, організовує надання невідкладної медичної допомоги та медичних послуг, відповідно до умов цього Договору та Програми страхування.

14.4. У виключних випадках, Застрахована особа може отримати послуги в іншому (не базовому медичному закладі) медичному закладі (відповідно до рівня обслуговування обумовленого Програмою страхування), за умови попереднього погодження зі Страховиком.

14.5. Для отримання медичних (лікувальних) послуг (планові обстеження та консультації), якщо це передбачено умовами Програми страхування, Застрахованій особі необхідно звернутися до Медичного асистансу за 2 (два) робочі дні до бажаної дати консультації чи обстеження. Лікар – координатор Медичного асистансу організовує планові консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 1 (одного) календарного дня з моменту звернення; отримання медичних послуг відбувається за графіком клініки, зокрема й може бути проведене без встановлення конкретного часу для звернення.

14.6. Для виклику лікаря до дому/ в офіс, якщо це передбачено умовами Програми страхування, Застрахованій особі, що за станом здоров'я не може самостійно відвідати лікаря, необхідно звернутися до Медичного асистансу до 14.00 (у разі звернення після 14.00 - організація відвідання лікарем пацієнта може бути перенесена на наступний день). Лікар – координатор Медичного асистансу організовує виклик лікаря додому/ в офіс та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 2 (двох) годин з моменту звернення.

14.7. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації організовуються за направленням лікуючого лікаря або терапевта лише у тому разі, якщо симптоми захворювання потребують огляду (консультації)

такого спеціаліста у відповідності до стандартів та протоколів МОЗ України. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організуються виключно при гострих станах, у базових закладах охорони здоров'я.

14.8. Якщо умовами Програми страхування не передбачено покриття послуг провідних фахівців Страховик може гарантувати лише покриття/відшкодування вартості послуг звичайного фахівця, а Застрахована особа самостійно здійснює доплату за різницю вартості послуг між звичайними фахівцями та провідними (окрім складних випадків, що потребують залучення висококваліфікованих провідних фахівців для диференційної діагностики у відповідності до Протоколів та стандартів МОЗ України).

14.9. Організація медикаментозного забезпечення, якщо це передбачено умовами Програми страхування, здійснюється протягом 1-12 годин з моменту звернення Застрахованої особи, відповідно до графіку роботи аптек з переліку базових медичних закладів Страховика та наявності такої можливості в регіоні.

14.10. Невідкладна стаціонарна допомога організовується протягом 1-2 годин з моменту звернення, при наявності вільних місць та медичного закладу відповідного профілю у місті перебування Застрахованої особи.

14.11. Планова стаціонарна допомога організовується протягом 1 (одного) робочого дня з моменту звернення, при наявності вільних місць та медичного закладу відповідного профілю у місті перебування Застрахованої особи.

14.12. При відсутності вільних місць та медичного закладу відповідного профілю у місті перебування Застрахованої особи, невідкладна стаціонарна допомога здійснюється у найближчому медичному закладі, де Застрахованій особі буде надана екстрена медична допомога за життєвими показниками з подальшим переведенням при необхідності до медичного закладу відповідного профілю.

14.13. Організація послуг невідкладної (екстреної) медичної допомоги здійснюється в максимально швидкий термін. Послуги невідкладної (екстреної) медичної допомоги надаються переважно державними медичними закладами.

14.14. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи медичних закладів.

14.15. У випадку необхідності отримання Невідкладної допомоги, коли неможливо повідомити Страховика та/або Медичний асистанс до початку її надання з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), таке повідомлення передається відразу, як тільки це стане можливим, будь-яким доступним способом.

15. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат

15.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом сплати медичному закладу вартості наданої ним Застрахованій особі медичної допомоги, медичних послуг та медичного забезпечення в межах обраної Програми страхування та на умовах, визначених цим Договором.

15.2. Страховик може прийняти рішення про страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі - у розмірі фактично понесених нею витрат, що були попередньо погоджені із Страховиком, або Медичним асистансом та підтвержені медичними та фінансовими відповідними документами (відповідно до послуг, лімітів відповідальності та категорії ЛПУ, передбачених Програмою страхування). У цьому разі страхова виплата здійснюється шляхом переказу коштів на банківський розрахунковий рахунок Застрахованої особи.

14.2.1. У випадку, якщо Страховик/Медичний асистанс не мали змоги організувати медичні послуги у ЛПУ з переліку базових медичних закладів Страховика, передбаченому Програмою страхування, страхова виплата здійснюється за цінами аналогічних послуг у ЛПУ з переліку базових медичних закладів Страховика, передбаченому Програмою страхування/розрахункової клініки. Страховик приймає рішення про здійснення страхових виплат протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання всіх документів, передбачених п. 16 цього Договору, та на підставі страхового акту здійснює ці виплати протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

15.3. За наявності підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, Страховик впродовж 15 робочих днів приймає рішення про відмову у виплаті та письмово повідомляє Страхувальника / Застраховану особу із обґрунтуванням причин такої відмови.

15.4. У випадку об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів з розслідування обставин страхового випадку Страховик призначає чітко визначений строк для здійснення такого розслідування, але на строк не більше 6 (шести) місяців, після закінчення якого приймає одне з вищезазначених рішень. Про це, Страховик повідомляє Страхувальника/ Застраховану особу в строк 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення в письмовій формі з обґрунтуванням причин.

15.5. Заяву про страхову виплату та документи, передбачені п. 15 цього Договору, Застрахована особа або її спадкоємець (Вигодонабувач) подає Страховику в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня завершення страхового випадку.

15.6. Загальний розмір виплат при настанні одного або декількох страхових випадків із конкретною Застрахованою особою не може перевищувати Страхової суми або ліміту відповідальності на окремі медичні послуги, що обумовлені Програмою страхування (Додаток №2 до Договору) для кожної Застрахованої особи.

15.7. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програм – частину

вартості лікування, що перевищує цей ліміт. Якщо умовами Договору страхування, зокрема, Програми, встановлена франшиза, то Страховик здійснює страхові виплати за вирахуванням розміру такої франшизи.

15.8. Якщо умовами Договору страхування, зокрема, Програми, встановлена франшиза, то Страховик здійснює страхові виплати за вирахуванням розміру такої франшизи.

15.9. Якщо страховий випадок настав до моменту сплати простроченої наступної частини страхової премії, страховик може вирахувати суму несплаченої премії при розрахунку страхової виплати.

15.10. Страховий платіж сплачується Страхувальником у грошовій одиниці України шляхом перерахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика, в строк та в порядку визначеному в п. 6.7 Договору.

16. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку

16.1. Для отримання страхової виплати Застрахованою особою (Вигодонабувачем, її представником), у випадках, передбачених п. 14. Страховику мають бути надані наступні документи:

- 1) заява Застрахованої особи про страхову виплату;
- 2) документ, що ідентифікує Застраховану особу (паспорт, посвідка на проживання тощо);
- 3) довідка про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі;
- 4) документи медичного закладу з визначеним діагнозом та призначених, у зв'язку з даним захворюванням, медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення, а саме:
 - виписка з медичної карти стаціонарного/ амбулаторного хворого, де вказується ПІБ Застрахованої особи, повний діагноз, термін лікування, проведені діагностичні заходи та їх протоколи, лікувальні процедури, перелік призначених для лікування Застрахованої особи лікарських засобів, їх дозування та кількість, рецепти (вимоги) на медикаменти. Медична документація має бути оформлена та завірена відповідно до встановленого порядку, та повинна бути завіреною підписом та печаткою лікаря та штампом та печаткою ЛПУ.
 - медичний висновок про призначення медичних послуг (консультативний висновок, виписку із медичної картки тощо) оформлені належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою лікувальної установи;
 - направлення лікаря на діагностичні обстеження із зазначенням ПІБ Застрахованої особи, повного діагнозу, дати направлення, виду дослідження, зони обстеження, завірених підписом та печаткою лікаря, штампом та печаткою ЛПУ;
 - результати обстеження або лікування;
 - рецепти лікаря з особистою печаткою;
- 5) акти виконаних робіт/отриманих медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення із зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати отримання медичної послуги /допомоги, ціною за одиницю та вартості за одиницю, завірених підписом особи, що склала акт, та штампом та печаткою ЛПУ.
- 6) належним чином оформлені фінансові документи про оплату: фіскальні чеки, прибуткові касові ордери, квитанції банку про сплату отриманих медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення (в разі відсутності в фіскальному чеку назви послуги/медикаментів, надається додатково товарний чек із зазначенням переліку та вартості послуг/медикаментів та прізвища Застрахованої особи, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою закладу);
- 7) копії установчих документів ЛПУ, якщо послуги були отримані в ЛПУ, яке не є базовим медичним закладом;
- 8) інші необхідні документи за вимогою Страховика.

16.2. Вищезазначені документи, надаються Страховику у формі оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Заява на страхову виплату та фінансові документи, що підтверджують оплату наданих послуг або медикаментів (фіскальні чеки, квитанції банку) завжди надаються у вигляді оригіналів;

16.3. В разі ненадання вищезазначених документів Страховику, останній має право не відшкодувати Застрахованій особі її витрат на оплату отриманих медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення.

16.4. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направляти Застраховану особу до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

16.5. Перерахування страхової виплати медичному закладу, що надав Застрахованій особі медичну допомогу та медичні послуги здійснюється на підставі наступних документів:

- рахунків медичного закладу на оплату вартості наданих медичних послуг;
- акту виконаних робіт в якому зазначається ПІБ Застрахованої особи, діагноз, тривалість лікування, перелік наданих медичних послуг та лікарських засобів, їх вартість;
- інших документів з медичного закладу, що можуть підтвердити факт настання страхового випадку на запит Страховика.

17. Права та обов'язки сторін

17.1. Страховик зобов'язаний:

17.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами страхування, умовами цього Договору та Програм страхування.

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

17.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строк передбачений п. 14. цього Договору та у розмірі наданих Застрахованій особі медичної допомоги, медичних послуг та медичного забезпечення, відповідно до умов Програми страхування та цього Договору.

17.1.4. У разі відмови у страховій виплаті, у строк 15 робочих днів після отримання всіх необхідних документів, письмово повідомити Страхувальника (Застраховану особу) із обґрунтуванням причин відмови.

17.1.5. Організувати надання медичних послуг Застрахованим особам відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування, контролювати доцільність, обсяг, якість і своєчасність їх надання.

17.1.6. Не розголошувати відомості про Страхувальника/Застраховану особу, щодо стану його здоров'я, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

17.1.7. У разі втрати Страхувальником/Застрахованою особою примірника Договору страхування, протягом його дії, видати його дублікат за заявою Страхувальника/Застрахованої особи.

17.1.8. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог чинних нормативних актів України.

17.2. Страховик має право:

17.2.1. На одержання достовірних даних про стан здоров'я Застрахованих осіб, а також запросити у Страхувальника (Застрахованих осіб) будь яку іншу інформацію, щодо стану його здоров'я під час укладання та під час дії цього Договору.

17.2.2. Перевіряти достовірність даних про стан здоров'я, що надаються йому Страхувальником /Застрахованою особою під час укладання та під час дії цього Договору.

17.2.3. Направляти запити до компетентних установ, правоохоронних органів, медичних закладів та інших організацій або самостійно проводити розслідування з метою з'ясування причин та обставин страхового випадку.

17.2.4. Відмовити у Страховій виплаті у випадках визначених цим Договором;

17.2.5. Відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати на умовах, передбачених цим Договором.

17.2.6. Робити запити до Страхувальника стосовно інших чинних договорів страхування щодо предмету цього Договору.

17.2.7. На отримання від Страхувальника додаткового Страхового платежу у разі підвищення ступеня ризику чи збільшення Страхової суми.

17.2.8. Достроково припинити дію Договору, відповідно до умов цього Договору.

17.2.9. Вносити зміни до умов Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

17.2.10. Після здійснення страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України.

17.2.11. При встановленні факту передачі Застрахованою особою Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або картки Застрахованої особи іншій особі, з метою одержання нею медичних послуг за Договором, достроково припинити дію Договору в частині даної Застрахованої особи.

17.3. Страхувальник зобов'язаний:

17.3.1. Сплачувати страхову премію в розмірах, порядку та строки, встановлені цим Договором.

17.3.2. При укладанні цього Договору при надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо), і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про зміну ступеню ризику. В разі зміни ступеню страхового ризику Страхувальник зобов'язаний укласти зі Страховиком Додаткову угоду (далі -ДУ) з врахуванням змін, та сплатити додаткової страхової премії.

17.3.3. 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.

17.3.4. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені цим Договором.

17.3.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету цього Договору.

17.3.6. Повідомити Страховика протягом строку дії Договору про зміни прізвищ, адрес та інших необхідних даних Застрахованих осіб протягом 3 (трьох) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про такі зміни;

17.3.7. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.

17.3.8. 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.

17.3.9. У разі отримання відомостей про втрату Застрахованою особою Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або Картки Застрахованої особи, протягом 2 (двох) робочих днів повідомити про це Страховика.

17.4. Страхувальник має право:

17.4.1. Ознайомитись з Правилами страхування, умовами цього Договору та Програмами страхування.

17.4.2. За згодою Застрахованої особи, призначити Вигодонабувача.

17.4.3. На зміни та доповнення, які не суперечать чинному законодавству України, умов цього Договору та Переліку Застрахованих осіб, за письмовою згодою (погодженням) Страховика, відповідно до п.18 цього Договору.

17.4.4. Отримати дублікат цього Договору (Страхового полісу, сертифікату, свідоцтва), Картки Застрахованої особи у разі втрати оригіналу.

17.4.5. Достроково припинити дію Договору відповідно до умов цього Договору.

17.4.6. Повідомити Страховика щодо недоліків надання та якості медичних послуг Застрахованій особі медичними закладами або аптеками, визначеними Страховиком.

17.5. Застрахована особа зобов'язана:

17.5.1. Дбайливо ставитися до свого здоров'я, а у разі настання його розладу (настання страхового випадку), звернутися до Страховика або Медичного асистансу протягом трьох робочих днів з моменту настання страхового випадку.

17.5.2. Надавати Страховику достовірні відомості про стан свого здоров'я при укладанні цього Договору, а також впродовж його дії.

17.5.3. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строк, передбачений умовами цього Договору.

17.5.3.1. у разі потреби одержання медичних послуг у ЗОЗ, не передбаченому Договором, узгодити це із представником Страховика (лікарем Страховика або відповідальним співробітником Медичного асистансу) до одержання таких послуг;

17.5.3.2. у разі самостійного звернення у Базовий медичний заклад з причини розладу здоров'я, передбаченого Програмою страхування, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту такого звернення, інформувати про це Страховика /Медичний асистанс за телефонами, які зазначено у картці Застрахованої особи або у Частині 1 Договору;

17.5.3.3. якщо Страхувальник/ Застрахована особа не мали можливості повідомити Страховика про випадок, що має ознаки страхового з поважних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, лікування в умовах відділення інтенсивної терапії тощо), то після припинення цих обставин Страхувальник Застрахована особа зобов'язаний повідомити Страховика протягом 1 (одного) робочого дня). Наявність поважної причини та термін її дії мають бути підтверджені відповідними медичними висновками.

17.5.4. Виконувати всі рекомендації лікаря-координатора Медичного асистансу (у тому числі щодо ЗОЗ, у якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування – рекомендації та призначення лікаря ЗОЗ, приписи медичного персоналу та дотримуватись розпорядку, встановленого у медичному заклад, а також дотримуватись усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов, Страховик не несе відповідальності за стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат, здійснених внаслідок такого випадку, та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

17.5.5. При втраті Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або Картки Застрахованої особи, протягом 2 (двох) робочих днів письмово повідомити про це Страховика.

17.5.6. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам.

17.6. Застрахована особа має право

17.6.1. Ознайомитись з Правилами страхування, умовами цього Договору та Програмами страхування.

17.6.2. В разі настання страхового випадку отримати страхову виплату або медичну допомогу, медичні послуги та медичне забезпечення в межах страхової суми (лімітів відповідальності), передбаченою умовами Програми страхування та цим Договором.

17.6.3. На зміни та доповнення, які не суперечать чинному законодавству України, умов цього Договору, за письмовою згодою (погодженням) Страховика, відповідно до п.18. цього Договору.

17.6.4. Достроково припинити дію цього Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

17.6.5. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, зобов'язання Застрахованої особи, передбачені цим Договором покладаються на її законного представника (зокрема, одного з батьків).

18. Причини відмови у страховій виплаті

18.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя,

здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

18.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до страхового випадку, в тому числі спроба самогубства.

18.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, про факти, обставини, наслідки настання страхового випадку та розміру страхової виплати.

18.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин страхового випадку, характеру та розміру збитків.

Також, Сторонами узгоджено, що відмова Страховика у випадку несвоєчасного повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку є безумовною та не залежить від того, чи перешкодило це Страховику визначити причини та обставини події, а також розмір виплати.

18.5. Не надання всіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір страхової виплати;

18.6. Невиконання рекомендацій та призначень, приписів медичного персоналу та недотримання розпорядку, встановленого у медичному закладі, а також недотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України.

18.7. Невиконання або неналежне виконання Страхувальником/Вигодонабувачем своїх обов'язків, зазначених у Договорі страхування;

18.8. Дії Страхувальника, направлені на отримання неправомірної вигоди від страхування;

18.9. Наявність обставин, що є винятками із страхових випадків та обмеженнями у страхуванні та зазначені в п. 13 цього Договору та Додатку №3 до нього

18.10. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

19. Строк дії Договору. Порядок зміни та припинення дії Договору

19.1. Цей Договір страхування набирає чинності з дати, зазначеної в п. 6.9 цього Договору, як день початку дії Договору, але не раніше дня, наступного за днем сплати Страхувальником страхової премії (першої її частини, у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхової премії частинами) на поточний рахунок Страховика та діє до дати зазначеної в п. 6.9 цього Договору, як день закінчення дії Договору.

19.2. Будь які зміни до умов цього Договору вносяться за згодою Сторін.

19.3. Про намір внесення змін до умов цього Договору (інші, ніж виключення та/або додавання до списку Застрахованих осіб) Сторона – ініціатор має письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж 15 календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.

19.4. Зміни до діючих умов цього Договору вносяться шляхом укладання додаткового договору, яка є його невід'ємною частиною.

19.5. Розмір страхової премії протягом дії договору страхування може бути змінений за згодою сторін у таких випадках:

19.5.1. 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;

19.5.2. 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.

19.6. Зміна однієї Програми страхування Застрахованої особи на іншу можлива виключно протягом першого місяця дії Договору страхування, за умови відсутності виплат страхового відшкодування, заявлених страхових випадків та сплати повної суми різниці вартості програм страхування. У разі якщо страхові випадки були, рішення про можливість та умови зміни програми приймається Страховиком в індивідуальному порядку. Зміна Програми страхування можлива один раз на строк дії Договору по відношенню до однієї Застрахованої особи.

19.7. У випадку внесення нових осіб у Перелік Застрахованих осіб, Страхувальник, після внесення відповідних змін до Договору, за кожну нову Застраховану особу сплачує страхову премію, розмір якої розраховуються пропорційно кількості днів дії Договору щодо нової Застрахованої особи (період від дати початку дії Договору щодо нової Застрахованої особи до кінця дії цього Договору). Відповідно перераховуються всі ліміти, що передбачені Програмою страхування щодо конкретної Застрахованої особи. Страхова сума при цьому залишається незмінною.

19.7.1. Особи, прийняті на страхування під час дії цього Договору, набувають статус Застрахованих осіб за Договором з моменту підписання відповідної Додаткової угоди, але не раніше дати початку дії Договору, зазначеної для такої особи, у Додатковій угоді, якщо інше не встановлено такою Додатковою угодою, та отримання страхового платежу щодо такої Застрахованої особи на поточний рахунок Страховика.

19.8. Заміна однієї Застрахованої особи на іншу без сплати додаткового страхового платежу можлива, у разі якщо по Застрахованій особі, що виключається зі списку не було фактичних виплат страхового відшкодування або заявлених випадків та Програма страхування залишається без змін.

19.9. У випадку виключення Застрахованої особи з Переліку Застрахованих осіб, без заміни на іншу Застраховану особу, відповідно до п. 19.14. Договору, розраховується частка страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику.

19.10. У випадку зміни Страхувальником Застрахованих осіб (одних на інших) за Договором, страхова премія, що підлягає поверненню Страхувальнику за Застрахованих осіб, що були виключені зі списку, може бути зарахований в рахунок сплати страхової премії за Застрахованих осіб, яких додали до списку.

19.11. За домовленістю сторін, заяви щодо виключення та/або додавання до списку Застрахованих осіб надсилаються Страхувальником Страховику в електронному вигляді на електронну адресу уповноважених осіб Страховика, з обов'язковим підписанням Сторонами цього Договору Додаткової угоди до Договору щодо включення та або виключення Застрахованих осіб до Договору.

19.12. Заяви подаються при необхідності протягом поточного місяця не пізніше, ніж за 7(сім) робочих днів до дати запланованої зміни. Зазначені зміни оформлюються додатковим договором протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання заяви Страхувальника.

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

19.13.1. Закінчення строку дії Договору.

19.13.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.

19.13.3. У випадку несплати Страхувальником чергової частини страхової премії (у разі сплати страхової премії частинами) у встановлений Договором строк. При цьому Договір вважається достроково припиненим з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за встановленим у Договорі днем сплати чергової частини страхової премії. При цьому, Сторони дійшли згоди, що у разі такого припинення Договору, Страховик не зобов'язаний нагадувати Страхувальнику про строки сплати чергової частини платежу.

19.13.4. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України.

19.13.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

19.13.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання цього Договору недійсним.

19.13.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

19.14. Дію цього Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, не залежно від обставин що Страхувальник виконує всі умови цього Договору. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (Тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

19.15. У разі дострокового припинення дії Договору в цілому або по відношенню до будь-якої Застрахованої особи за вимогою Страхувальника (Застрахованої особи), Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився з дати дострокового припинення до дати закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього Договору та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.

19.16. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього Договору, визначених при розрахунку Страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

19.17. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням цього Договору встановлено в розмірі 50% від страхового платежу.

20. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору.

20.1. За невиконання або неналежне виконання прийнятих зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно з діючим законодавством України.

20.2. За несвоєчасну сплату страхової виплати в строки, передбачені цим Договором, Страховик сплачує пеню у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки НБУ. До розрахунку береться облікова ставка НБУ на перший день такого прострочення.

21. Порядок вирішення спорів.

21.1. Спори між Сторонами цього Договору вирішуються шляхом переговорів.

21.2. При неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, спори вирішуються, відповідно до чинного законодавства України.

22. Інші умови

22.1. Підписанням Частини 1, Індивідуальної частини Договору та оплачуючи страховий платіж (його першу частину, якщо сплата страхового платежу частинами передбачено Договором) по Договору Страхувальник приймає (акцептує) умови цієї Оферти, та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, Страхувальник – фізична особа, надає безвідкличну

згоду щодо обробки його персональних даних Страховиком з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності та ведення внутрішніх баз даних Страховика. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами, яким Страховик надав таке право згідно з чинним законодавством України. Страхувальник посвідчує, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, а також повідомлений про те, що з моменту укладення цього Договору персональні дані Страхувальника, зазначені у ньому, будуть включені до бази персональних даних Страховика.

22.2. Підписанням Частини 1, Індивідуальної частини Договору та оплачуючи страховий платіж (його першу частину, якщо сплата страхового платежу частинами передбачено Договором) Страхувальник підтверджує факт отримання від Страховика до моменту укладення цього Договору інформації, відповідно до ч. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року N 2664-III (із змінами і доповненнями) у повному обсязі. Страхувальник підтверджує, що надана йому інформація, забезпечила правильне розуміння суті такої фінансової послуги без нав'язування її придбання.

22.3. Приймаючи (акцептуючи) умови цієї Оферти Страхувальник підтверджує право Страховика вимагати від Страхувальника та обов'язок Страхувальника надати Страховику інформацію та/або документи, необхідні для виконання Страховиком вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

22.4. Страховик є резидентом України та платником податку на прибуток відповідно до ст. 141 розділу III Податкового кодексу України. Страховик не є платником податку на додану вартість відповідно до п. 196.1.3 ст. 196 Податкового кодексу України.

22.5. Всі повідомлення та документи, що направляються Сторонами одна одній у зв'язку з цим Договором, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись поданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або подані особисто за вказаною адресою та врученні під розписку відповідальній особі.

22.6. Усі угоди між Сторонами, що передували Договору і стосувалися предмета Договору, як усні, так і письмові, втрачають силу з моменту підписання Договору Сторонами.

22.7. Умови Договору є комерційною таємницею і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, передбачених чинним законодавством України.

22.8. Відносини, неврегульовані Договором, регулюються Правилами добровільного медичного страхування у редакції, що діє на дату укладання Договору та чинним законодавством України.

22.9. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з умовами Договору, а також зберігати конфіденційність інформації щодо учасників та умов Договору.

22.10. Невід'ємною частиною цього Договору є додатки:

Додаток №1 – Перелік Застрахованих осіб;

Додаток №2 – Програма/и медичного страхування;

Додаток №3 – Виключення із страхових випадків, обмеження у страхуванні.

ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ, ОБМЕЖЕННЯ У СТРАХУВАННІ
(якщо інше не передбачене Програмою страхування)

- 1. Страховик звільняється від страхової виплати, якщо Медичні послуги були надані Застрахованій особі та пов'язані із діагностикою та лікуванням наступних захворювань Застрахованої особи:**
- 1.1. СНІД та ВІЛ-інфекція; наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, в т.ч. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок цих станів;
 - 1.2. Захворювання, травми та стани в результаті алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння Застрахованої особи;
 - 1.3. Захворювання, за яким встановлена група інвалідності (I, II, III), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання та їх ускладнення;
 - 1.4. Професійні захворювання відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України професійної патології (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);
 - 1.5. Захворювання, травми, опіки, отруєння, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних із невиправданим ризиком: порушення Застрахованої особи техніки безпеки, ПДР тощо;
 - 1.6. Діагностика та лікування класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностика та лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в тому числі гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз; ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус), вірус Епштейн - Барра;
 - 1.7. Діагностика та лікування інвазійних хвороб (в т.ч. амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та інші);
 - 1.8. Діагностика та лікування станів, пов'язаних з гормональним дисбалансом (гіперандрогенія, гіперпролактинемія, галакторея, захворювання щитовидної залози тощо);
 - 1.9. Лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, гідроколонотерапії, курсів лікування з приводу ожиріння, метаболічного синдрому (ліпідограма, визначення толерантності до вуглеводів тощо);
 - 1.10. Дефектів, дисплазій, дистопій, вад розвитку кінцівок, органів чуття, внутрішніх органів;
 - 1.11. Діагностику та лікування саркоїдозу та муковісцедозу, ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;
 - 1.12. Дерматологічні захворювання: в тому числі мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний моллюск, вітіліго та інші;
 - 1.13. Вікові дегенеративно-дистофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, а саме: катаракта, глаукома, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз; остеохондроз та інші (крім зняття гострого болювого синдрому терміном до 14 днів);
 - 1.14. Цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання, новоутворення зокрема злоякісні та доброякісні (включаючи хіміо- та радіотерапію) та їх ускладнення на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання екстреної медичної допомоги;
 - 1.15. Хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги (тривалістю до 14 днів);
 - 1.16. Функціональні порушення (в тому числі синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів (крім стадії вираженого загострення), дисбактеріоз, дисбіоз, бактеріальний вагіноз, диспепсія, функціональний закреп). Діагностика дисбіозу, дисбактеріозу, крім діагностики у дітей віком до 16 років.
 - 1.17. Комп'ютерний синдром, синдром сухого ока, глаукома, міопія, косоокість, та інші незапальні захворювання очей, халязіон;
 - 1.18. Системні захворювання сполучної тканини, в тому числі. ревматизм неактивна фаза; демієлінізуючі захворювання; аутоімунні та алергічні хвороби (окрім станів, що потребують надання екстреної медичної допомоги),
 - 1.19. Психічні, психоневрологічні та психосоматичні захворювання, психопатії, неврози, астено-депресивні стани, синдром хронічної втоми, епілепсія, порушення мови тощо; вегето-судинна (нейроциркуляторна) дистонія, за винятком кризи.
 - 1.20. Хвороби крові, в т. ч. онкогематологічні захворювання;

- 1.21. Хронічні хвороби периферійних судин облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність), окрім невідкладних станів;
- 1.22. Особливо небезпечні інфекції: в т.ч. чума, холера, натуральна віспа, геморагічні лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів;
- 1.23. Хронічна ниркова, печінкова та серцева недостатність (окрім невідкладних станів);
- 1.24. Діагностика та лікування, включаючи ускладнення, гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс-гепатити, цироз печінки, гепатоз.
- 1.25. Будь-які хронічні захворювання, на які Застрахована особа хворіла до набуття чинності Договору, крім фази загострення, яка становить безпосередню загрозу життю Застрахованої особи на час існування такої загрози;
- 1.26. Вроджені, спадкові, генетичні захворювання та стани, в тому числі післяпологові захворювання та ускладнення;
- 1.27. Вагітність, ведення вагітності, пологи та після пологовий період, крім випадків передбачених Програмою страхування та надання екстреної допомоги за для рятування життя Застрахованої особи;
- 1.28. Захворювання, у тому числі травми, набуті в результаті заняття професійним спортом (під час тренувань та змагань), заняття екстремальними видами спорту, пірнанням з використанням дихальних апаратів;
- 1.29. Бронхіальна астма, алергічні захворювання, крім передбаченого Програмою Страхування та надання екстреної допомоги при невідкладних станах – астматичний статус, набряк легенів, кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок;
- 1.30. Захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексних карантинних заходів (крім епідемій ГРВІ).
- 1.31. Мікози, паразитарні хвороби будь якої локалізації;
- 1.32. Лепра;
- 1.33. Захворювання та стани, що є стійкими наслідками хвороб, травм, операцій, які ЗО перенесла до початку дії договору (злукова хвороба, ПХЕС тощо.), якщо інше не передбачене Програмою страхування);
- 1.34. Захворювання, стани та травми, лікування яких планувалося /очікувалося до початку дії договору (видалення конструкцій для МОС, встановлених до початку дії договору, тощо);
- 1.35. Захворювання які сталися поза терміном та/або територією дії Договору страхування.
- 1.36. Захворювання та стани, що виникли внаслідок самолікування та/ або невиконання призначень лікаря.
- 1.37. Будь-які події, які сталися внаслідок злочинних дій Застрахованої особи, що підтверджено вироком суду або іншим рішенням компетентних органів, а також під час утримання Застрахованої особи під вартою та/або перебування в місцях позбавлення волі

2. Страховик не визнає страховим випадком та страхова виплата не здійснюється:

- 2.1. Медичні послуги, медичну допомогу, медичне забезпечення в результаті навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень в тому числі спроб самогубства.
- 2.2. Профілактичні огляди, диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;
- 2.3. Двох та більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за заними офіційного інтернет представництва МОЗ України, крім випадків коли один препарат має місцеву, а інший – загальну дію та випадків стаціонарного лікування.
- 2.4. Медичні послуги та лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування, крім випадків травми, якщо інше не передбачене Програмою страхування;
- 2.5. Захворювання в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації); персистуючих інфекцій;
- 2.6. Витрати на засоби, що не зареєстровані як лікарські в Україні та не входять до Державного реєстру лікарських засобів (в тому числі БАДи, харчові добавки, гігієнічні та косметичні засоби, предмети догляду за хворими тощо);
- 2.7. Призначення та витрати на придбання лікарських засобів, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень, хондропротектори, в т. ч. хондроїтин сульфат глюкозамін тощо, бісфосфонати, тіофосфати, стимулятори тканинного обміну; засоби, що впливають на мінералізацію кісток; інгібітори фактору некрозу пухлин альфа; антинеопластичні засоби; засоби, що впливають на рівень ліпідів крові, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту терміном до 30 днів; психостимулюючі, снодійні, седативні препарати, антидепресанти, транквілізатори, ноотропні засоби; антитромботичні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту терміном до 30 днів; аналоги гонадотропін-релізінг гормону, контрацептивні засоби; імуностимулятори, імуномодуляторів; засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню (крім призначення в умовах екстреного стаціонарного лікування); гепатопротектори, препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо); гомеопатичні та антигомотоксичні засоби; ензими загальної дії (вобензим, серата, дистрептаза тощо),

препарати стрептокінази, стрептодорнази та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу); пробіотики, пребіотики, еубіотики; протигрибкові препарати, бактеріофаги; метаболічні препарати, стимулятори загальної дії, адаптогени; препарати полівітамінів і вітамінно-мінеральних комплексів, сироваток, антитіл, антигенів, специфічної імунотерапії алергічних захворювань; сольові розчини для зрошення слизових оболонок; інші рідини для промивання та зрошення; матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору страхування; простагландинів, окрім випадків переривання вагітності за медичними показами; профілактичної вакцинації, окрім антирабічної вакцинації та вакцинації проти правцю.

2.8. Будь-які послуги за абонементом; передплатою, комплексні дослідження, відшкодування благодійних внесків;

2.9. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;

2.10. Оформлення медичних довідок: для ДАІ, носіння зброї, на вступ до учбових\дитячих закладів, сертифікати нарколога та психіатра тощо; відкриття та закриття лікарняного листку без огляду лікаря, доставка лікарняного листку в офіс, додому; оформлення лікарняного листку по догляду за дитиною, окрім випадків передбачених Програмою страхування;

2.11. Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, забір аналізів та інше), окрім випадків передбачених Програмою страхування;

2.12. Професійні огляди; довідка про огляд на стан алкогольного/наркотичного сп'яніння водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару додому, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади, оплата послуг таксі тощо.

2.13. Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в тому числі гіпноз, психотерапія, консультація та лікування у психолога, психотерапевта; логопеда; іридіодіагностика, біокорекція, мануальна терапія, рефлексотерапія, гірудотерапія; гемодіаліз, озонотерапія, плазмодіфільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія, ударно-волнова терапія, кріотерапія, PRP-терапія, ударно-хвильова терапія;

2.14. Косметичний, профілактичний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), душ Шарко, підводний душ-масаж, використання барокамери, SPA - капсул та лазерних технологій;

2.15. Витрати на вироби медичного призначення (медичні вироби), крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України);

2.15. Витрати на придбання, підбору, корекції, ремонту, прокату медичного інструментарію, пристроїв, обладнання та устаткування; допоміжних засобів, що замінюють або корегують функції втрачених органів: окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, комірив Шанца, бандажів, еластичних бінтів, скотч-каст, компресійного трикотажу, милиць, інвалідних колясок інгаляторів (спейсери, небулайзери та ін.);

2.16. Виклик додому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, лікарів вузькопрофільної спеціалізації; консультації в поліклініці провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук (крім випадків передбачених Програмою страхування);

2.17. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у тому числі ринопластика, септопластика, тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально; планова аденотомія, тонзілектомія; гістеро- та лапароскопії, окрім невідкладних станів;

2.18. Трансплантація органів та тканин, їх пошук та доставку, а також оплату донорів та тканин (крім пересадки тканин як етап лікування травматичного ушкодження, отриманого в період дії Договору страхування); імплантація, протезування (у тому числі зубів), ендопротезування;

2.19. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в медичному закладі;

2.20. Засоби, які корегують та/або замінюють функції органів: зокрема й штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани, кардіостимулятори, протези, ендопротези, імпланти, сітка медична для відновлювальної хірургії, медичне устаткування (витратні матеріали для МОС, артроскопії, лапароскопії, емболізації, кисневі концентратори, інгалятори тощо), пристрої для вимірювання тонометри, глюкометри, пульсоксиметри тощо;

2.21. Медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в тому числі гормональні, ферментні, антигіпертензивні, ноотропні препарати), крім стадії загострення, в період якого відшкодовується вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я на строк до 14 днів;

2.22. Штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація, безпліддя, імпотенція, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперплазія ендометрію, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, фоніві

та передпухлинні захворювання шийки матки, гіперпролактинемія, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в тому числі золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”; будь-якої контрацепції та протизаплідних засобів, бальзамів для внутрішнього вживання, косметичних та гігієнічних засобів, засобів дезінфекції;

2.23. Порушення сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональні стани, мастопатія; аденома простати, ендометріоз, фіброміома тощо, окрім невідкладних станів; вагітність та пологи (за винятком позаматкової вагітності), звичне невиношування вагітності;

2.24. Визначення гормонального стану (більше 5-ти гормонів протягом строку дії Договору для кожної Застрахованої особи);

2.25. Зміна ваги, діагностика та лікування ожиріння, модифікація тіла, в тому числі хірургічна зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпідограма, консультація імунолога, специфічної терапії алергічних захворювань, дослідження онкомаркерів, транспорту солей, денситометрії, порушення мінерального обміну, генетичні дослідження при будь-якій патології, провокаційних проб, зокрема й фармакологічних та/або з фізичним навантаженням, проби Манту;

2.26. Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу тощо), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в тому числі апаратне лікування косоокості, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;

2.27. Профілактичні стоматологічні заходи: покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії емалі, зубні пасти, флоси;

2.28. Ортодонтія, в т.ч. брекет-системи, трейнери, капи тощо; суцільнокерамічне протезування; відновлення зруйнованої більш ніж на 50 % коронки зуба (реставрація); штифти, імплантація зубів;

2.29. Лікування із застосуванням озону або лазера зубів, слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту;

2.30. Лікування тканин пародонту апаратом „Вектор”; лікування пародонтозу/пародонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії договору страхування;

2.31. Послуги тренера при занятті в тренажерному (спортивному) залі або басейні, косметичні послуги.

2.32. Витрати на необґрунтований виклик бригади невідкладної допомоги (в тому числі виклик через нежить, абстинентний синдром або за неіснуючою адресою тощо);

2.33. Медична допомога та медичні послуги, не обумовлені Програмою страхування та/або отримані в медичних закладах, які не визначені Програмою страхування; оплата послуг благодійним внеском;

2.34. Витрати, не підтверджені належним чином оформленими документами, передбаченими умовами цього Договору.

2.35. Експериментальне лікування, зокрема й таке, що не відповідає чинним Наказам, Клінічним протоколам та Настановам МОЗ, чинному законодавству України у сфері охорони здоров'я;

3. Особи, які не можуть бути застраховані за умовами Договору

3.1. Не можуть бути застраховані за умовами цього Договору:

3.1.1. особи визнані в установленому чинним законодавством України порядку недієздатними;

3.1.2. особи, які на момент укладення Договору страхування мали вік понад 65 років;

3.1.3. інваліди I та II групи;

3.1.4. хворі на такі тяжкі захворювання: пухлини головного мозку, що призвели до стійкої втрати працездатності; пухлини спинного мозку та хребта, що призвели до стійкої втрати працездатності; онкологічні захворювання; смерть мозку; травма хребта і спинного мозку, що призвели до стійкої втрати працездатності; інфекційні та демієлінізуючі ураження центральної нервової системи мозку, в тому числі нервові та психічні захворювання, що призвели до стійкої втрати працездатності; ВІЛ-інфекції.

3.2. Якщо Застрахована особа під час дії Договору стала особою, що не може бути Застрахованою згідно з п.

3. Цього Додатку, Договір стосовно цієї Застрахованої особи достроково припиняє свою дію з дня встановлення відповідного стану (діагнозу) Застрахованої особи.

3.3. Якщо під час дії Договору встановлено, що Застрахована особа не могла бути застрахованою згідно з п.

3. Цього Додатку на дату укладення Договору, останній по відношенню до цієї Застрахованої особи достроково припиняє свою дію після документального підтвердження даного факту.

4. Страховик не здійснює страхову виплату:

4.1. Якщо Розлад здоров'я Застрахованої особи пов'язаний або викликаний:

4.1.1. іонізуючим випромінюванням або радіоактивним забрудненням, що виходить від будь-якого ядерного палива або ядерних відходів або в результаті згорання ядерного палива;

4.1.2. радіоактивністю, токсичністю, вибухонебезпечністю або іншими небезпечними або забруднюючими властивостями будь-якої ядерної установки, реактора або іншого ядерного агрегату або його частин;

4.1.3. будь-якою зброєю, в якій використовується реакція атомного або ядерного розпаду і/або синтезу або інші подібні реакції або радіоактивні сили або речовини;

4.1.4. порушенням режиму лікування та недотриманням рекомендацій лікаря

- 4.2. Якщо програмою не передбачається покриття «воєнних ризиків», дія Договору не поширюється на розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався внаслідок війни, воєнних дій або військових операцій, громадянської війни, заколоту, народного повстання, провокації воєнного конфлікту, страйку, військового повстання, захоплення влади, введення надзвичайного або воєнного стану.
- 4.3. Якщо розлад здоров'я Застрахованої особи, стався внаслідок дій будь-якої особи або групи осіб, які діють від імені будь-якої організації, метою якої є замах на територіальну цілісність та суверенітет держави та з метою впливу на прийняття рішення чи вчинення або не вчинення дій органами державної влади або органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів або здійснення інших насильницьких дій.
- 4.4. Якщо розлад здоров'я Застрахованої особи, є результатом будь-якого терористичного акту. Під «терористичним актом» мається на увазі застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини або завдають значної майнової шкоди чи інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.
- 4.5. Якщо витрати, не підтверджені належним чином оформленими документами, не передбаченими умовами Договору страхування.
- 4.6. Якщо витрати на Медичні послуги, не передбачені Програмою страхування.
- 4.7. Страховик не здійснює страхову виплату по подіях, які настали поза територією та терміном дії Договору.

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)

Оферта ДМС Версія 1.1. від 20.12.2023.pdf

Документ відправлено: 12:00 21.12.2023

Власник документу

Електронний підпис

12:00 21.12.2023

ЄДРПОУ/ІПН: 20344871

Юр. назва: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС»

Голова Правління: Красноручський Петро Володимирович

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 12:00 21.12.2023

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 32BA6ADA8780FF4504000001D59000025130100

Тип підпису: удосконалений

Електронна печатка

12:00 21.12.2023

ЄДРПОУ/ІПН: 20344871

Юр. назва: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС»

Власник ключа: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС»

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 12:00 21.12.2023

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 32BA6ADA8780FF45040000003459000085130100

Тип підпису: удосконалений