



**ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ КОМПЛЕКСНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ  
ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ  
«БУДЬ ЗДОРОВИМ!»**

(Дійсна редакція з 01.10.2019 р.)

**ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Дана Оферта щодо укладення Договору комплексного добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат «Будь Здоровим!», надалі – «Договір страхування», «Оферта», укладено:

- відповідно до Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів законодавства України, та

- відповідно до Правил добровільного страхування від нещасних випадків №08, зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 26.08.2005 р. за №0250761, зі змінами №1 та змінами №2 від 04.02.2010 р. та 24.06.2010 р. відповідно, (надалі – «Правила 1»), та Правил добровільного страхування медичних витрат №22, зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 26.08.2005 р. за №2150763, зі змінами №1 та змінами №2 від 15.02.2010 р. та 24.06.2010 р. відповідно, (надалі – «Правила 2»), - надалі за текстом Оферти при сумісному вживанні – «Правила»; та

- на підставі Ліцензій на здійснення страхової діяльності Серії АВ №528596 та №528600, виданих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України від 07.04.2010 р.

Ця Оферта є адресованою необмеженому колу клієнтів пропозицією («Офертою» в розумінні ч.1 ст. 634 та ст.641 Цивільного кодексу України) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО-МЕДСЕРВІС», надалі – «Страховик», укласти Договір комплексного добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат «Будь Здоровим!», звернувшись до Страховика в порядку, передбаченому цією Офертою.

Договір складається з цієї Оферти та Заяви - приєднання (Акцепту) до Оферти щодо укладення Договору комплексного добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат «Будь Здоровим!» (надалі – Заява (Акцепт), підписаної Страхувальником, і вважається укладеним у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України з моменту приєднання Страхувальника до умов Оферти та повної оплати Страхувальником страхового платежу.

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

Правила страхування розміщені на офіційній веб-сторінці ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО-МЕДСЕРВІС» в мережі Інтернет (<http://ams.com.ua>).

Відповідно до ст. 642 Цивільного кодексу України прийняття пропозиції Страхувальником укласти цей Договір страхування здійснюється шляхом подання Страховику підписаної Страхувальником Заяви (Акцепту) на укладання Договору страхування, за формою, встановленою Страховиком, та здійсненням фактичних дій щодо сплати страхового платежу.

Підтвердженням волевиявлення Страхувальника щодо укладання Договору страхування є акцептування даної Оферти шляхом підписання Заяви (Акцепту) та сплата на рахунок ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО-МЕДСЕРВІС» страхового платежу із обов'язковим зазначенням в призначенні платежу, ПІБ Страхувальника та номеру Заяви (Акцепту). Заява (Акцепт) складається і підписується Страхувальником у 2-х примірниках, по одному для кожної Сторони, які мають однакову юридичну силу.

Договір страхування вважається таким, що укладений в письмовій формі із врахуванням вимог порядку укладання договорів страхування, визначених Законом України «Про страхування» та Правилами.

Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили клієнт Страховика (особа, яка подала Страховику підписану Заяву (Акцепт) набуває статусу Страхувальника.

Номер Договору страхування присвоюється Страховиком після здійснення Страховиком акцепту відповідно до умов цієї Оферти та зазначається у Заяві (Акцепті).

Ця Оферта, набирає чинності з дати, визначеної на її першій сторінці, та є чинною до дати розміщення (оприлюднення) <http://ams.com.ua> заяви про її відкликання в цілому чи в частині, або внесення змін до Оферти.

**ВИЗНАЧЕННЯ**

**Страховик** – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО-МЕДСЕРВІС» (Скорочена назва – ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС»; Код за ЄДРПОУ – 13550765; адреса: 03150, м. Київ, вул. Антоновича, 122 ; веб сайт: <http://ams.com.ua>; п/р UA473804180000026507008310037 в АТ «БАНК ФОРВАРД» ; тел.: 0-800-500 788), яке є платником податку на прибуток за ставкою, визначеною відповідно до пункту 136.1 статті 136 Податкового кодексу України, та податку на дохід за ставкою, визначеною відповідно до підпунктів 136.2.1 та 136.2.2. пункту 136.2 статті 136 Податкового кодексу України, в особі Голови Правління Іваненко Юлії Степанівни, яка діє на підставі Статуту.

**Вигодонабувач** - особа, на користь якої укладено Договір страхування і яка має право на отримання Страхової виплати.

**Тимчасова непрацездатність або Тимчасова втрата працездатності**- проведення курсу лікування Застрахованої особи, в результаті Нещасного випадку, що стався протягом строку дії Договору страхування і передбаченого Договором страхування, що підтверджується документами в порядку, встановленими Договором страхування.

**Договір страхування** - договір комплексного добровільного страхування від нещасних випадків і страхування медичних витрат «Будь здоровим!», укладений між Страховиком та Страхувальником, в рамках якого Страховик здійснює страхування фізичної особи від нещасних випадків і медичних витрат і зобов'язується за обумовлену договором плату (страхову премію), що сплачується Страхувальником, при настанні страхового випадку провести Страхову виплату.

**Застрахована особа** - фізична особа, щодо заподіяння шкоди здоров'ю якої укладено Договір страхування. За умовами Договору страхування Застрахованою особою є Страхувальник.

**Страхувальник** - особа, що уклала Договір страхування зі Страховиком і яка може бути Застрахованою особою відповідно умов Договору страхування та Правил страхування.

**Страхова виплата** - сума грошових коштів, яку Страховик зобов'язується виплатити Вигодонабувачу при настанні події, визнаної Страховим випадком.

**Страхова сума** - визначена Договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик несе відповідальність за Договором страхування і, виходячи з величини якої, визначається розмір Страхового платежу і Страхової виплати;

**Страховий платіж** - плата за страхування (плата за надання страхових послуг), яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику, в порядку та у строки, визначені Договором страхування та зазначається в п. 5 Заяви (Акцепту);

**Страховий тариф** - ставка Страхового платежу, що встановлюється у відсотках від Страхової суми за Строк дії Договору страхування, і яка використовується для розрахунку Страхової премії;

**Період очікування (страхового випадку)** – проміжок часу від дати набуття чинності Договором страхування, протягом якого страхове покриття не розповсюджується на Застраховану особу.

**1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК НАБРАННЯ ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ ЧИННОСТІ. ВИГОДОНАБУВАЧ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.**

1.1. За Договором страхування Застрахованою особою може виступати винятково Страхувальник.

1.2. Не підлягають страхуванню й не можуть бути Застрахованими

особами особи, які на момент укладання Договору страхування є молодше 18 років, особами старше 60 років, інвалідами 1-ї або 2-ї, або 3-ї групи або мали підстави для присвоєння їм цих груп інвалідності, недієздатними особами, особами, що страждають на психічні захворювання, епілепсію, що перенесли інсульт (гостре порушення мозкового кровообігу), інфаркт міокарда, а також що страждають серцевою недостатністю третьої стадії, цирозом печінки, термінальною нирковою недостатністю, гепатитом С, злоякісними захворюваннями крові, онкологічними захворюваннями, хворими на СНІД або ВІЛ інфікованими. У випадку, якщо подібна особа буде зазначена в Договорі страхування як Страховальник, події, що відбулися з нею, Страховими випадками вважатися не будуть незалежно від причини, по якій така особа була вказана як Страховальник Договору страхування, при цьому Договір страхування вважається розірваним з дати, коли такі обставини стали відомі Страховикові, за згодою сторін, а Страхова премія, сплачена за Договором страхування, підлягає поверненню.

1.3. При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити в Страховальника інформацію, необхідну для оцінки Страховиком страхового ризику.

1.4. Після укладання Договору страхування Страховальник проводить оплату Страхового платежу у повному обсязі одним платежем у безготівковому порядку на розрахунковий рахунок Страховика.

1.5. Договір страхування вважається таким, що набрав чинності із дати, наступної за датою сплати страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика.

1.6. У разі несплати або сплати страхового платежу не в повному обсязі, Страховик не несе відповідальність за Договором страхування та звільняється від своїх обов'язків за Договором страхування.

1.7. За період між укладенням Договору страхування та набранням ним чинності жоден з випадків, що стався у такий період, не розглядається Страховиком як страховий та страхова виплата по ньому не виплачується.

1.8. Вигодонабувачем за Договором страхування є Страховальник, особисті дані якого зазначено в п.2 Заяви (Акцепту), його законні представники у відповідності до чинного законодавства України, або його спадкоємець (-ці) у відповідності до чинного законодавства України.

1.9. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, які не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

## 2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

2.1. Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності й випадковості настання. Страховим ризиком за Договором страхування є - тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування або в результаті критичних захворювань Застрахованої особи, які вперше в житті виявлені під час дії Договору страхування і передбаченого Договором страхування, а саме:

2.1.1. Нещасний випадок - раптова, непередбачена подія, що не залежить від волі Застрахованої особи, яка відбулась під час дії Договору страхування та призвела до тілесних ушкоджень Застрахованої особи.

2.1.2. Критичні захворювання Застрахованої особи, які вперше в житті виявлені під час дії Договору страхування. Критичними захворюваннями за умовами Договору страхування Сторони домовились вважати:

- *злоякісне новоутворення* (яке характеризується безконтрольним зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, метастазами і інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним та/або цитологічним дослідженням) при умові, якщо діагноз (з обов'язковим зазначенням ураженого органу) в клінічній стадії за класифікацією TNM (P, G);

- *гострий інфаркт міокарда* - відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений: новими нетиповими ішемічними змінами в електрокардіограмі а саме зміною сегментів ST-T (депресія сегмента ST - створення дуги Парді), появою нових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового патологічного зубця Q, характерним підвищенням серцевого біомаркера «Тропонін», а саме Тропонін Т > 1,0 нг / мл, АссiТnI > 0,5 нг / мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропоніна I. Заява про страховий випадок приймається після 30 діб з дати постановки діагнозу та при умові, що на дату подання заяви Застрахована особа є живою;

- *інсульт, інфаркт головного мозку*, який викликаний цереброваскулярними порушеннями мозкового кровообігу (кровотечею, емболією або тромбозом), і супроводжуються раптовим настанням неврологічного дефіциту незворотного характеру з об'єктивними неврологічними і патофізіологічними змінами, які

діагностовані неврологом та підтвержені даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими методами нейровізуалізації, а саме: геморагічний інсульт; субарахноїдальний крововилив, субдуральна гематома, епідуральна гематома. Заява про страховий випадок приймається після 30 діб з дати постановки діагнозу та при умові, що на дату подання заяви Застрахована особа є живою; ішемічний інсульт: тромботичний та нетромботичний.

- *операція з аорто-коронарного шунтування* - кардіохірургічна операція на коронарних артеріях серця, проведена на відкритому серці, що виконується з метою реваскуляризації (відновлення кровопостачання) ділянок міокарду, кровопостачання в яких зменшене або відсутнє внаслідок звуження або обтурації просвіту коронарних артерій. Підтвердженням необхідності в шунтуванні є результат передопераційної коронарографії, що свідчить про значне (більше 70%) звуження просвіту судини.

2.2. Страховий випадок згідно Договору страхування:

2.2.1. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи, яка настала безпосередньо в результаті нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування, далі - "Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи".

2.2.2. Звернення Застрахованої особи до медичного закладу під час дії Договору страхування за отриманням медичної допомоги та медичних послуг у межах Програми добровільного страхування медичних витрат «А» («Амбулаторно - поліклінічного лікування») у зв'язку із захворюваннями, які сталися в період дії Договору страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату в порядку та на умовах, визначених Договором страхування.

Сторони домовились під «захворюваннями» розуміти настання критичних захворювань, які вперше в житті можуть бути виявлені/діагностовані в Застрахованої особи під час дії Договору страхування, визначені в п. 2.1.2 Оферти. Виплата здійснюється за кожен день перебування Застрахованої особи на амбулаторно-поліклінічному лікуванні та в межах, визначених Договором страхування.

2.3. У разі якщо в результаті одного нещасного випадку або одного критичного захворювання, що настало із Застрахованою особою, строк Тимчасової непрацездатності Застрахованої особи або Амбулаторно-поліклінічного лікування перевищує 90 (дев'яносто) календарних днів, то для цілей розрахунку Страхової виплати використовується тільки перші 90 (дев'яносто) календарних днів Тимчасової непрацездатності Застрахованої особи або Амбулаторно-поліклінічного лікування.

2.4. Якщо після здійснення виплати по Страховому випадку, зазначеному в цьому Розділі Оферти, буде визначено, що за цим Страховим випадком Страхова виплата становить більшу величину, то проводиться відповідна Страхова виплата, розрахована згідно умов Договору страхування, за вирахуванням сум, виплачених раніше по такому випадку, з урахуванням обмеження Страхової суми за цим Договором страхування.

2.5. Страхуванням за цим Договором страхування не покриваються ризики осіб, які на момент укладання Договору страхування є особами молодше 18 років, особами старше 60 років, інвалідами 1-ї, 2-ї або 3-ї групи або мають підстави для присвоєння їм цих груп інвалідності, недієздатними особами; особами, що страждають на психічні захворювання, епілепсію, розсіяний склероз, що перенесли інсульт (гостре порушення мозкового кровообігу), інфаркт міокарда або мозку, гіпертонією третьої стадії або кризового перебігу, а також що страждають серцевою недостатністю третьої стадії, цирозом печінки, термінальною нирковою недостатністю, гепатитом С, злоякісними захворюваннями крові, онкологічними захворюваннями, хворими на СНІД або ВІЛ інфікованими. У випадку, якщо подібна особа буде зазначена в Договорі страхування страхування як Застрахована особа, події, що відбулися з нею, Страховими випадками вважатися не будуть незалежно від причини, по якій Страховальник вказав дану особу в Договорі страхування, при цьому Договір страхування вважається розірваним з дати, коли такі обставини стали відомі Страховикові, за згодою сторін, а Страхова премія, сплачена за Договором страхування, підлягає поверненню.

## 3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

3.1. Події, зазначені в п. 2.2 Оферти, не є Страховими випадками, якщо вони відбулися в результаті:

3.1.1. Навмисних дій та/або грубої необережності Страховальника або Вигодонабувача;

3.1.2. Війни, інтервенції, воєнних дій іноземних військ, збройних зіткнень, інших аналогічних або прирівнюваних до них подій (незалежно від того, чи була оголошена війна), громадянської війни, заколоту, путчу, інших шовіністичних хвилювань, що припускають

переростання в цивільне або військове повстання, бунту, збройного або іншого незаконного захоплення влади, а також будь-якої іншої аналогічної події, пов'язаної із застосуванням та/або зберіганням зброї й боєприпасів;

3.1.3. Алкогольного отруєння Страхувальника, або токсичного чи наркотичного сп'яніння та/або отруєння Страхувальника у результаті споживання ним наркотичних, сильнодіючих, психотропних речовин та/або лікарських засобів без припису лікаря відповідної кваліфікації;

3.1.4. Добровільного вживання алкоголю, будь-яких замінників алкоголю, наркотичних, психотропних і токсичних речовин і дій Страхувальника, пов'язаних із цими факторами, за винятком вживання лікарських засобів у точній відповідності із приписами лікаря відповідної кваліфікації;

3.1.5. Будь-яких інших дій Страхувальника або Вигодонабувача за Договором страхування, спрямованих на настання Страхового випадку; Заняття Страхувальником будь-яким видом спорту на професійній основі, включаючи змагання, тренування, а також заняття наступними видами спорту на аматорській основі: авто-, мотоспорт, будь-які види кінного спорту, повітряні види спорту, альпінізм, скелелазання, бойові види спорту, включаючи єдиноборства, стрільбу, бокс, будь-які види вітрильного спорту і/або водного спорту, гірськолижний спорт, спелеологія, перегони в будь-яких формах (крім бігу), підводні види спорту;

3.1.6. Учасі в будь-яких авіаційних перельотах (за винятком польотів як пасажир авіарейса, ліцензованого для перевезення пасажирів і керованого пілотом, що має відповідний сертифікат);

3.1.7. Здійснення або спроби здійснення навмисного злочину Страхувальником або Вигодонабувачем, або іншою особою, що прямо чи побічно зацікавлена в одержанні Страхової виплати за Договором страхування;

3.1.8. Будь-яких ушкоджень здоров'я, викликаних радіаційним випромінюванням або в результаті використання ядерної енергії;

3.1.9. Причин, прямо або побічно викликаних психічним захворюванням Страхувальника, паралічів, епілептичних przypadків, якщо вони не стали наслідком нещасного випадку;

3.1.10. Несення Страхувальником дійсної служби в будь-яких збройних силах будь-якої держави або особистої участі у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця;

3.1.11. вчинення або спроби вчинення злочину за участю Страхувальника, незалежно від його психічного стану;

3.1.12. нещасного випадку, захворювання, що сталися із Страхувальником в місцях позбавлення волі;

3.1.13. якщо захворювання, нещасний випадок, відбувся із Страхувальником, що був психічно хворим і знаходився в неосудному стані в момент настання нещасного випадку;

3.1.14. самогубства Страхувальника або спроби вчинення самогубства або нанесення собі тілесних пошкоджень, за винятком тих випадків, коли Страхувальник був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб, про що є документальне підтвердження компетентних органів;

3.1.15. самолікування або іншим медичним втручанням, що здійснюється без призначення лікаря або лікування особою, яка не має медичної освіти; негативних наслідків діагностичних та лікувальних процедур;

3.1.16. свідомого знаходження Страхувальника у місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), а також внаслідок участі у будь-якій іншій діяльності, що має підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в тому числі полювання, якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою врятувати життя людини;

3.1.17. службі в армії, участі в військових операціях чи діях; під час надзвичайного, особливого чи військового стану оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування; під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, пучку, війни або будь-якої події, викликанію військовою (оголошеною або неоголошеною), локауту або терористичного акту, за винятком випадків, коли Страхувальник не приймав безпосередню участь в цих подіях і була визнана як жертва; внаслідок протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку;

3.1.18. участі в будь-яких авіапольотах (за винятком польоту в якості пасажера за плату літаком, що здійснює пасажирські авіаперевезення,

належно допущеним до виконання польоту);

3.1.19. зайняття небезпечними видами діяльності (в тому числі виконання трюків з використанням вибухових речовин, вогнепальної зброї);

3.1.20. порушенням Страхувальником правил (норм) техніки безпеки або виробничої санітарії, правил протипожежної безпеки, грубих порушення Страхувальником правил дорожнього руху (рух на сигнал світлофора або жест регулювальника, що забороняють рух; в'їзду транспортного засобу на залізничний переїзд при закритому шлагбаумі). Керування Страхувальником будь-яким транспортним засобом без права на керування, або в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, або передачі Страхувальником керування особі, що не мала права на керування транспортним засобом, або особі, що перебувала в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння;

3.1.21. наркоманії, алкоголізму, вродженого захворювання, вродженої травми та/або вад розвитку;

3.1.22. якщо до настання страхового випадку призвели венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, венерична лімфогранульома, м'який шанкр, донованоз) та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазмenna та мікоплазмenna інфекції, уrogenітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, гарднерельоз, трихомоніаз, папіломовірус, контагіозний моллюск, гострокінцеві кондиломи, липтотрікс).

3.1.23. Косметичних операцій, якщо вони здійснювалися за показниками іншими, ніж життєво необхідні;

3.1.24. Захворювань, про які Страхувальник був обізнаний, і з приводу яких лікувався або одержував лікарські консультації протягом 12 місяців, що передують даті початку страхування;

3.1.25. Погіршення стану здоров'я, викликаного процесом лікування Страхувальника або хірургічним втручанням на/у тілі Страхувальника. Однак страхування діє, якщо подібне лікування або хірургічне втручання, включаючи постановку діагнозу й рентгенотерапію, потрібні були в результаті настання Нещасного випадку, що покривається цим Договором страхування;

3.1.26. Потраплення в організм інфекцій, викликаних укусами (жаленням) комах. Проте, страхування поширюється на випадок інфекції, що проникла в організм через рани або інші тілесні ушкодження, отримані в результаті нещасного випадку, що покривається цим Договором страхування. Відносно інфекцій, викликаних процесом лікування або хірургічним втручанням застосовується п. 3.1.25 цієї частини Оферти.

3.2. Не є Страховими випадками події, зазначені в п. 2.2 Оферти, що відбулися із Страхувальником, які на момент укладення Договору страхування були особами молодше 18 років, особами старше 60 років, інвалідами 1-ї або 2-ї групи або 3-ої групи, або мали підстави для присвоєння їм цих груп інвалідності, недієздатними особами; особами, що страждають на психічні захворювання, особами, які перебували на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах; хворіли на СНІД або були ВІЛ – інфіковані.

3.3. Страховими випадками не визнаються: пухлини, класифіковані за класифікацією TNM Clinical Classification як T1NoMo, T1aNoMo, T1b NoMo, T1c NoMo або новоутворення, класифіковані за іншою класифікацією і відповідають вищезазначеним класам за класифікацією TNM. Хронічні лейкози. Неінвазивний рак (insitu). Будь – які онкологічні захворювання, незалежно від стадії, при наявності ВІЧ – інфікування. Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом, тривалістю до 30 днів (транзиторні ішемічні атаки, малий інсульт). Балонна ангіопластика (BalloonAngioplasty); стентування (Percutaneous transluminal coronary angioplasty); лазерна ангіопластика (Photoplation); ротоплатія (Rotaplation)

3.4. При цьому визнаються Страховими випадками події, зазначені в п. 2.2 Оферти, якщо вони відбулися в результаті заняття Страхувальником будь-яким видом спорту на аматорській основі.

3.5. Згідно з цим Договором страхування страховими не визнаються події, що сталися внаслідок: ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження; військових дій, а також маневрів або інших військових заходів.

3.6. Не підлягають страховій виплаті збитки, причиною виникнення яких була подія, яка відбулася до початку дії даного Договору страхування чи після його закінчення, а також непрямі збитки, наприклад, упущена вигода, моральна шкода тощо.

3.7. До страхових випадків не відносяться і страхове відшкодування не виплачується, якщо збитки Страхувальника, пов'язані з подією, що:

3.7.1. не обумовлена як страховий випадок в Договорі страхування;

3.7.2. викликана обставинами, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання страхового випадку.

3.8. Страховик вправі відмовити в Страховій виплаті у випадку:

3.8.1. Якщо Страхувальник/Вигодонабувач повідомив Страховиків

свідомо помилкові або недостовірні відомості про факти, що впливають на встановлення ступеня ризику настання події, що має ознаки Страхового випадку, передбаченої Договором страхування;

3.8.2. Якщо Страхувальник/Вигодонабувач надав свідомо неправдиві відомості, пов'язані із причиною та обставинами настання події, що має ознаки Страхового випадку;

3.8.3. Якщо Страхувальник/Вигодонабувач не повідомив Страховика у строки і в порядку, встановленому Договором страхування, про настання події, що має ознаки Страхового випадку;

3.8.4. Якщо у Страховика виникають підозри про застосування шахрайських схем з метою отримання Страхової виплати (наприклад, лікарняний лист, що підтверджує Тимчасову втрату працездатності Страхувальника, був виданий лікарем лікувально-профілактичного закладу, що надав більше 10 лікарняних листів іншим Страхувальникам, що звернулися за отриманням Страхової виплати у тому ж самому календарному місяці і т.д.), то Страховик має право прийняти рішення про відмову у страховій виплаті за такими заявами.

3.8.5. В інших випадках, передбачених Договором страхування та Правилами.

#### 4. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ

4.1. Страхова сума - грошова сума, у межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний зробити Страхову виплату при настанні Страхового випадку.

4.2. Страхова сума встановлюється в розмірі не більше 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок та зазначається в п. 3 Заяви (Акцепту). У випадку, коли щодо Застрахованої особи укладено декілька Договорів страхування, сукупна Страхова сума за такими Договорами не може перевищувати 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок.

4.3. Розмір Страхової виплати в будь-якому випадку (у тому числі у випадку, коли щодо Застрахованої особи укладено декілька Договорів страхування не може перевищувати 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок.

4.4. Якщо розмір Страхової суми, вказаний у Заяві (Акцепті) до Договору страхування перевищує 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок, або сукупна Страхова сума за декількома Договорами страхування перевищує 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок, Договір (-и) страхування вважається (-ються) неукладеним (-ми) у тій частині Страхової суми, що перевищує 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок. У цьому випадку Страховик за письмовою заявою Страхувальника повертає йому зайву сплачену частину Страхового платежу в розмірі, пропорційному різниці між Страховою сумою, зазначеною у Заяві (Акцепті) або у декількох Договорах страхування, і 20 000 (двадцять тисяч) гривень 00 копійок.

4.5. Розмір Страхового платежу визначається на підставі Страхового тарифу.

Страховий тариф за строк дії Договору страхування - 1%. Страховий платіж, що стягується Страховиком за послуги, що надаються в рамках Договору страхування, дорівнює величині, отриманої в результаті множення Страхової суми на Страховий тариф, при цьому Страховий платіж округляється до копійок, і таке заокруглення відбувається в більшу сторону. Сума Страхового платежу (премії) вказується в п. 5 Заяви (Акцепту). Страховий тариф та страховий платіж, зазначені у Заяві (Акцепті) відповідно, розподіляються за цим Договором страхування наступним чином:

- 50 % за ризиком, зазначеними у п. 2.2.1 Оферти;

- 50 % за ризиком, зазначеними у п. 2.2.2 Оферти.

4.6. Страховий платіж сплачується одноразово (в момент укладання Договору страхування) за весь строк дії Договору страхування шляхом безготівкового перерахування на рахунок Страховика: №UA473804180000026507008310037 в АТ «БАНК ФОРВАРД». Датою оплати Страхового платежу за Договором страхування вважається дата надходження суми Страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика. У випадку несплати Страхувальником Страхового платежу в повному розмірі у визначений Договором страхування строк, останній вважається таким, що не укладений.

#### 5. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

5.1. При настанні Страхового випадку і при виконанні Страхувальником обов'язків, зазначених у Договорі страхування, Страховик здійснює Страхову виплату відповідно до умов Договору страхування.

5.2. При настанні Страхового випадку, визначеного Договором страхування, страхова виплата здійснюється в розмірі 1,1% (одна десята відсотка) від Страхової суми, встановленої по відношенню до цієї Застрахованої особи, за кожен день Тимчасової втрати працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи, починаючи з 8 (восьмого) календарного дня Тимчасової непрацездатності Застрахованої особи або Амбулаторно-поліклінічного лікування по 90 (дев'яностий) календарний день Тимчасової втрати

працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи включно. У разі якщо в результаті одного Страхового випадку, що стався із Застрахованою особою, строк Тимчасової втрати працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи перевищує 90 (дев'яносто) календарних днів, то для цілей розрахунку страхової виплати використовується тільки перші 90 (дев'яносто) календарних днів Тимчасової втрати працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи. Якщо в результаті одного і того ж Нещасного випадку або Критичного захворювання Застрахована особа отримувала Тимчасову втрату працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи кілька разів (без перерв у лікуванні, наприклад, декілька лікарняних листів - продовження), то для підрахунку кількості днів Тимчасової втрати працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи з метою розрахунку розміру Страхової виплати враховується сумарна кількість днів Тимчасової втрати працездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи внаслідок одного і того ж Нещасного випадку, але не більше 90 (дев'яносто) календарних днів.

5.3. Згідно умов Договору страхування встановлено період очікування (страхового випадку) - Страховик не відшкодовує перші 7 (сім) календарних днів Тимчасової непрацездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи, тобто Страхова виплата розраховується починаючи з 8 (восьмого) календарного дня Тимчасової непрацездатності (Амбулаторно-поліклінічного лікування) Застрахованої особи. У випадках, якщо Тимчасова непрацездатність (Амбулаторно-поліклінічне лікування) Застрахованої особи тривала менше 8 (восьми) календарних днів Страхова виплата не проводиться.

5.4. Страхувальник/ Вигодонабувач зобов'язаний не пізніше, ніж протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту, коли Страхувальнику/ Вигодонабувачу стало відомо про настання події, що має ознаки Страхового випадку, письмово повідомити Страховика про настання такої події. Обов'язок з повідомлення Страховика буде вважатися виконаним належним чином, якщо повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, зроблене шляхом відправлення повідомлення за поштовими реквізитами Страховика. Несвоєчасне повідомлення Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, дає Страховикові право відмовити в здійсненні Страхової виплати.

5.5. Страхувальник/Вигодонабувач після повідомлення про настання події, що має ознаки Страхового випадку, зобов'язаний надати Страховику наступні документи:

а) оригінал Заяви (Акцепту) (екземпляр Страхувальника);

б) заяву встановленого Страховиком зразка з вимогою про Страхову виплату (заява на отримання страхової виплати);

в) лікарняний лист, що підтверджує факт перебування Застрахованої особи на стаціонарному або амбулаторному лікуванні у медичних установах у зв'язку з Тимчасовою втратою працездатності, з обов'язковим зазначенням дати Нещасного випадку або Критичного захворювання, що послужив причиною настання Тимчасової втрати працездатності. Лікарняний лист з медичних установ повинен встановлювати точні дати початку і закінчення та кількість днів лікування;

г) Медичну довідку (форми 027/о); виписний епікриз; виписку з історії хвороби (амбулаторного) стаціонарного хворого; висновки лабораторних, рентгенографічних, діагностичних досліджень;

д) Документ про первинне звернення Застрахованої особи до медичної установи, що дозволяє належним чином встановити причину настання події, та підтверджує, що подія є прямим наслідком Нещасного випадку або Критичного захворювання, що стався протягом Строку дії Договору страхування, встановленого у відношенні до Застрахованої особи, з обов'язковим зазначенням дати Нещасного випадку або Критичного захворювання, що послужив причиною настання події;

е) документа, що посвідчує особу Застрахованої особи (паспорт);

є) РНОКПП Застрахованої особи (облікової картки платника податків);

ж) виписку з амбулаторної карти за місцем проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізації і їхніх причин, встановлених груп інвалідності або направлення на Медико-соціальну експертизу - за наявності у особи, що повідомила про настання події, що має ознаки страхового випадку.

Документи, зазначені в цьому пункті, можуть надаватися Страховику у формі оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завіренних органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Якщо зазначені документи надані Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до

ліквідації цих недоліків.

5.6. Страховик вправі надалі обґрунтовано запитати у Страхувальника або Вигодонабувача, документи, зазначені пп. 5.5 цієї частини Оферти, або будь-які інші необхідні документи, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність у Страховика запитуваних документів унеможливує або робить вкрай скрутним для нього встановлення факту Страхового випадку.

5.7. Страховик залишає за собою право у встановленому законом порядку вилучити в уповноважених державних органах наступні документи, необхідні для розгляду події, що має ознаки Страхового випадку, й визнання її Страховим випадком:

- а) протокол правоохоронних органів, у випадку настання нещасного випадку через дорожньо-транспортний випадок або злочин,
  - б) свідоцтво про народження Страхувальника – на запит Страховика в тому випадку, якщо потрібне додаткове підтвердження особистості,
  - в) виписку з історії хвороби – на запит Страховика в тому випадку, якщо потрібна інформація про стан здоров'я Страхувальника.
- Страхувальник, підписуючи Договір страхування, дає свою згоду на одержання Страховиком відомостей про стан його здоров'я,
- г) інші документи, необхідні Страховикові для встановлення факту Страхового випадку.

5.8. Страховик зобов'язаний в строк не більше 10 (десяти) календарних днів від дня одержання всіх необхідних документів згідно умов Договору страхування, які підтверджують факт настання Страхового випадку, ухвалити рішення про визнання або невизнання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховим випадком та відповідно виплати або відмови в Страховій виплаті. Рішення про визнання або невизнання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховим випадком та відповідно виплати або відмови в Страховій виплаті оформлюється страховим актом.

5.9. При настанні події, що має ознаки Страхового випадку, й визнанні її Страховим випадком, Страховик здійснює Вигодонабувачу Страхову виплату, визначену відповідно до умов Договору страхування, на рахунок, зазначений Страхувальником/Вигодонабувачем в заяві на отримання страхової виплати, встановленого Страховиком зразка, з вимогою про виплату Страхової виплати, протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня ухвалення Страховиком рішення щодо виплати Страхової виплати. Страхова виплата здійснюється у безготівковому порядку на банківський рахунок, вказаний у заяві про виплату Страхувальника/Вигодонабувача.

5.10. У випадку прийняття рішення про відмову у Страховій виплаті Страховик зобов'язаний повідомити про своє рішення Страхувальникові/Вигодонабувачеві протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня ухвалення Страховиком рішення щодо відмови у виплаті Страхової виплати.

5.11. Якщо документи, зазначені у п. п.5.7. цієї Оферти, надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), виплата страхового відшкодування не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

5.12. Зазначені у п. Ошибка! Источник ссылки не найден. та у п.5.7. цієї Оферти документи надаються Страховику у формі оригінальних примірників, або нотаріально засвідчених копій, або копій, завірених органом, що видав відповідний документ, або простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих копій з оригінальними примірниками документів.

## 6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

- 6.1.1. Перевіряти дотримання Страховиком умов Договору страхування;
- 6.1.2. У випадку настання Страхового випадку на звернення до Страховика із заявою, встановленого Страховиком зразка, з вимогою про виплату Страхової виплати з урахуванням конкретних умов Договору страхування;
- 6.1.3. На дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до умов Договору страхування.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 6.2.1. При укладанні Договору страхування повідомити Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для визначення ймовірності настання Страхового випадку та про ті, що є до укладення Договору страхування. Істотними визнаються, щонайменше, ті обставини, які обговорені у встановленій формі, відповідно до якої укладається Договір страхування;
- 6.2.2. Сплатити Страхову премію у розмірі та у строки, визначені Договором страхування;
- 6.2.3. Виконувати умови Договору страхування та Правил у повному обсязі та належним чином.
- 6.2.4. При укладанні Договору страхування надати Страховику

достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи;

6.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо Предмета Договору страхування.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування;

6.3.2. Робити запит про дані, пов'язані із Страховим випадком до правоохоронних органів, медичних та інших установ, які можуть володіти інформацією про характер, причини та обставини Страхового випадку;

6.3.3. З'ясувати причини і обставини Страхового випадку, перевіряти всі представлені йому документи. З цією метою Страховик має право призначити незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до зазначеної Страховиком медичної установи або лікаря;

6.3.4. Відмовити в Страховій виплаті відповідно до умов Договору страхування;

6.3.5. У випадку появи сумнівів щодо визнання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховим випадком направити запити до компетентних органів (включаючи судові інстанції) і відкласти ухвалення рішення про виплату (або відмову у виплаті) або здійснення Страхової виплати до одержання необхідних документів від цих компетентних органів, повідомивши про це Страхувальника, Вигодонабувача в письмовій формі;

6.3.6. У випадку, якщо з'ясується, що дії Страхувальника, Вигодонабувача, які привели до настання Страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування і повернення фактично здійснених Страхових виплат, до яких привели ці дії;

6.3.7. Брати участь у якості третьої особи в суді при розгляді будь-якої справи, пов'язаної зі Страховим випадком.

6.3.8. Відстрочити Страхову виплату у разі, якщо уповноваженими державними органами порушено кримінальне провадження, відносно Страхувальника щодо обставин, що призвели до настання Страхового випадку - до закінчення досудового розслідування та / або судового розгляду.

6.3.9. Вимагати визнання Договору страхування недійсним щодо конкретної Застрахованої особи (Вигодонабувача), якщо буде встановлено, що при укладенні Договору страхування така Застрахована особа або Вигодонабувач, або Страхувальник повідомили Страховику свідомо неправдиві або недостовірні відомості про факти, що впливають на встановлення ступеня ризику настання події, що має ознаки Страхового випадку, передбаченої Договором страхування.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Правил;

6.4.2. Прийняти рішення про визнання або невизнання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховим випадком в строк і в порядку, передбаченому у цьому Договорі страхування.

6.4.3. Провести Страхову виплату після ухвалення позитивного рішення про Страхову виплату в строк та в порядку, передбаченому цим Договором страхування.

6.4.4. Протягом двох робочих днів, з моменту як стало відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати або страхового відшкодування Вигодонабувачу.

## 7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ЗМІНИ УМОВ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії Договору страхування становить 3 (три) місяці.

7.2. Дія Договору страхування припиняється у зв'язку із закінченням строку його дії або достроково з таких підстав:

- 7.2.1. Виконання Страховиком своїх зобов'язань за Договором страхування в повному обсязі;
- 7.2.2. На вимогу (з ініціативи) Страховика відповідно до умов Договору страхування;
- 7.2.3. На вимогу (з ініціативи) Страхувальника відповідно до умов Договору страхування;
- 7.2.4. Якщо можливість настання Страхового випадку відпала, і існування страхового ризику припинилося за іншими обставинами, ніж Страховий випадок.

Прийняття судом рішення про визнання Договору страхування недійсним.

7.3. При достроковому розірванні Договору страхування за ініціативою Страхувальника, Страховик і Страхувальник можуть укласти в письмовій формі додаткову угоду до Договору страхування про його дострокове розірвання з моменту укладення такої угоди або з іншої дати, зазначеної в додатковій угоді.

7.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-

яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

7.5. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається сума сплачених ним страхових премій в повному розмірі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за Договором страхування.

7.5.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних сум страхового відшкодування, які були виплачені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника щодо дострокового припинення дії Договору страхування пов'язана з порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

7.5.2. Норматив витрат Страховика на ведення справи становить 40% (сорок відсотків) від страхової премії.

7.6. Всі зміни й доповнення до Договору страхування повинні бути вчинені в письмовій формі і підписані Страхувальником і Страховиком.

7.7. Місце дії Договору страхування - Україна (крім території населених пунктів, на якій органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, - згідно з переліком, що визначений законодавством України (Розпорядження КМУ №1085-р від 07.11.2014 р. з урахуванням усіх наступних змін до неї); території АР Крим та м. Севастополь).

## **8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

8.1. Невиконанням Страхувальником своїх обов'язків, передбачених Правилами та/або Договором страхування, є підставою для відмови в Страховій виплаті.

8.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику/Застрахованій особі/ Вигодонабувачу пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний робочий день прострочення здійснення страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла в період нарахування пені.

8.3. В разі вирішення питання про стягнення грошових коштів з винної Сторони за даним Договором страхування в судовому порядку, нарахування пені за час розгляду судової справи не здійснюється.

8.4. Сторони за взаємною згодою встановлюють, що в разі виникнення між ними спору пов'язаного з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором страхування на період з дати прийняття Страховиком рішення за подією до виконання судового рішення згідно з постановою органу виконавчої служби Сторони не несуть відповідальності у вигляді пені, штрафних санкцій, інфляційних нарахувань, 3 % річних та інших санкцій пов'язаних з неналежним виконанням зобов'язань за Договором страхування.

8.5. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору страхування.

## **9. ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ (ФОРС-МАЖОР)**

9.1. При настанні обставин непереборної сили (форс-мажор) Страховик вправі призупинити виконання зобов'язань за Договором страхування на час дії таких обставин.

9.2. Під обставинами непереборної сили сторони розуміють: військові дії і їх наслідки, терористичні акти, громадянські заворушення, страйки, заколоти, конфіскації, реквізиції, арешт, знищення або пошкодження майна за розпорядженням цивільної або військової влади, введення надзвичайного або особливого положення, бунти, путчі, державні перевороты, змови, повстання, революції, впливи ядерної енергії, застосування будь-якого виду санкцій державними органами (у тому числі Національною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України), у зв'язку з реалізацією Страховиком та / або Страхувальником Договору страхування. Достатнім доказом дії непереборної сили є сертифікат, виданий Торгово-промисловою

палатою України

## **10. ІНШІ УМОВИ. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ**

10.1. Усі повідомлення у зв'язку з виконанням і припиненням Договору страхування направляються на адреси, які зазначені в Договорі страхування. У випадку зміни адрес і/або реквізитів, сторони Договору зобов'язані протягом 5 (п'яти) робочих днів сповістити один одного про це. Якщо Сторона не була сповіщена про зміну адреси і/або реквізитів іншої сторони завчасно, то всі повідомлення, спрямовані на колишню адресу, будуть вважатися отриманими з дати їх надходження на колишню адресу. Будь-які повідомлення у зв'язку з укладенням, виконанням або припиненням Договору страхування, вважаються спрямованими Сторонами на адресу один одного, тільки якщо вони зроблені в письмовій формі.

10.2. Спори за Договором страхування вирішуються шляхом переговорів між Сторонами. При неможливості досягнення згоди спір підлягає вирішенню в судовому порядку відповідно до законодавства України.

10.3. Договір страхування містить конкретні умови страхування, визначені за згодою Сторін при його укладенні відповідно до чинного законодавства України. Договір страхування має переважну юридичну силу перед Правилами страхування та Додатками до них. У всьому іншому, що спеціально не обумовлено в Договорі страхування, Сторони керуються Правилами страхування.

10.4. Акцептуванням умов цієї Оферти, Страхувальник підтверджує, що до укладення даного Договору страхування Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився з інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені ч. 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

10.5. Акцептуванням умов цієї Оферти, Страхувальник підтверджує, що:

10.5.1. вся зазначена інформація та всі умови Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі;

10.5.2. зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих йому визначень;

10.5.3. Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства;

10.5.4. Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

10.5.5. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором страхування.

10.5.6. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної в Заяві (Акцепті), в тому числі записів телефонних розмов, іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору страхування у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором страхування.

10.5.7. Кореспонденція, повідомлення від Страховика Страхувальнику надсилаються за адресою Страхувальника, вказаною в Заяві (Акцепті).

10.5.7.1. Договір страхування містить конкретні умови страхування, визначені за згодою Сторін при його укладенні відповідно до чинного законодавства України.

10.5.8. Заява (Акцепт), скріплений підписом Страхувальника, є невід'ємною частиною цього Договору страхування.

10.5.9. Акцептуванням умов цієї Оферти Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов) з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором страхування та діючим законодавством з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України «Про інформацію» та іншими актами законодавства, що регулюють відносини в сфері інформації.

10.5.10. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду на отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень.