

ЗАТВЕРДЖЕНО

Головою Правління

ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС»



**ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР – ОФЕРТА ЩОДО
КОМПЛЕКСНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД
НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
(ПРОГРАМА «ЗДОРОВ'Я»)**

Дійсна редакція з «22» лютого 2019 року

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Даний Публічний Договір-оферта щодо комплексного добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат (Програма «Здоров'я»), надалі – «Договір», «Оферта», укладено:

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

1.1.2. Договір укладається 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, 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, які надалі за текстом при сумісному вживанні – «Правила», та

1.1.3. 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.

1.2. Цей Публічний Договір-оферта щодо комплексного добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат (Програма «Здоров'я») є адресованою необмеженому колу клієнтів публічною пропозицією (Офертою) в розумінні ст. 633, ч.1 ст. 634 та ст.641 Цивільного кодексу України) ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС», надалі «Страховик», укласти Договір комплексного добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат (Програма «Здоров'я»), надалі – «Договір», звернувшись до Страховика в порядку, передбаченому Розділом 2 цієї Оферти.

1.3. Договір складається з цієї Оферти та Заяви (Акцепту), підписаного 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.

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

1.5. Правила страхування розміщені на офіційній веб-сторінці ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС» в мережі Інтернет (<http://ams.com.ua>).

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

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

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

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

2.2. Підтвердженням волевиявлення Страхувальника щодо укладання Договору є акцептування даної Оферти шляхом підписання Заяви (Акцепту) та сплата на рахунок ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС» страхового платежу із обов'язковим зазначенням в призначенні платежу, ПІБ Страхувальника та номеру Заяви (Акцепту).

2.3. Заява (Акцепт) складається і підписується Страхувальником у 2 (двох) примірниках, по одному для кожної сторони, які мають однакову юридичну силу.

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

2.5. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт Страховика (особа, яка подала Страховику підписану Заяву (Акцепт) відповідно до п. 2.1 цієї Оферти) набуває статусу Страхувальника.

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

3. СТОРОНИ ДОГОВОРУ, ВИГОДОНАБУВАЧ

3.1. СТРАХОВИК:

3.1.1. Повна назва - Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АСКО-МЕДСЕРВІС»;

3.1.2. Скорочена назва - ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС»;

3.1.3. Код за ЄДРПОУ - 13550765;

3.1.4. Адреса Страховика: 03150, м. Київ, вул. Антоновича, 122; веб сайт: <http://ams.com.ua>.

Реквізити Страховика: п/р №26505070753001 в АТ «ЮНЕКС БАНК», МФО 322539;

3.1.5. Телефон Страховика: 0-800-500 788;

3.1.6. Страховик 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;

3.1.7. Страховик діє на підставі Ліцензії, зазначеної в п.1.1.3 цієї Оферти, в особі Голови Правління Іваненко Юлії Степанівни, яка діє на підставі Статуту.

3.2. **СТРАХУВАЛЬНИК:** дієздатна фізична особа, персональні дані якої (ПІБ, дата народження, адреса) визначені в Заяві (Акцепті), що прийняла дану Публічну пропозицію (Оферту) ПрАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС» на укладання Договору шляхом підписання Заяви (Акцепту) та сплати страхового платежу.

3.3. **Страховик та Страхувальник далі разом именується «Сторони», а кожен окремо – «Сторона».**

3.4. **Вигодонабувачем (ами)** за Договором у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, який виник в період дії Договору, є спадкоємець(ці) Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України. Вигодонабувачем за Договором в разі настання інших, окрім вищезазначеного, страхових випадків, що передбачені Договором, є Застрахована особа.

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

5. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

5.1. **В частині страхування від нещасних випадків (Правила 1):**

5.1.1. Смерть Застрахованої особи в наслідок нещасного випадку, який виник в період дії Договору та підтверджений відповідними документами, виданими компетентними органами в установленому законом порядку.

5.1.2. Первинна інвалідність Застрахованої особи (встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку, який виник в період дії Договору та підтверджений відповідними документами, виданими компетентними органами в установленому законом порядку.

5.2. **В частині страхування медичних витрат (Правила 2):**

5.2.1. Звернення Застрахованої особи до медичного закладу під час дії Договору за отриманням медичної допомоги та медичних послуг у межах Програм добровільного страхування медичних витрат, визначених в п. 5.2.1.1. Оферти, у зв'язку із захворюваннями, які сталися в період дії Договору, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату в порядку та на умовах, визначених Договором. Сторони домовились в рамках цього Договору під «захворюваннями» розуміти настання критичних захворювань, які вперше в житті можуть бути виявлені/діагностовані в Застрахованої особи під час дії Договору. До критичних захворювань відносяться захворювання, визначені в п.8.6. Оферти.

5.2.1.1. Договором встановлюються наступні Програми добровільного страхування медичних витрат:

5.2.1.1.1. **«Швидка та невідкладна медична допомога»**, умовами якої передбачається оплата медичної допомоги, наданої Застрахованій особі загальнопрофільними та спеціалізованими бригадами швидкої та невідкладної медичної допомоги, а саме: виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа; реанімаційні заходи; діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого; медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги); транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю.

5.2.1.1.2. **«Стаціонарне лікування»**, умовами якої передбачається оплата медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я.

5.2.1.1.3. **«Медикаментозне забезпечення»**, умовами якої передбачається оплата необхідних Застрахованій особі медикаментів та лікарських засобів.

6. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ

6.1. Страховий платіж за Договором (надалі – «страховий платіж», «страхова премія») встановлюється в розмірі відповідно до п. 6 Заяви (Акцепту).

6.2. Страховий платіж розраховується шляхом добутку страхової суми та страхового тарифу (річний).

Страховий платіж за Договором сплачується Страхувальником одноразово в день укладення цього Договору на рахунок Страховика пр №26505070753001 в АТ «ЮНЕКС БАНК», МФО 322539, ЄДРПОУ: 13550765.

6.3. В разі сплати Страхувальником страхового платежу не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за Договором пропорційно відношенню фактично сплаченої частини страхового платежу до нарахованого страхового платежу. В разі несплати Страхувальником страхового платежу, Договір вважається таким, що не набув чинності.

6.4. **Страхова сума** за Договором встановлюється у розмірі відповідно до п. 4 Заяви (Акцепту).

6.5. **Страховий тариф (річний)** встановлюється у розмірі **1,00%** від страхової суми та зазначається в п. 5 Заяви (Акцепту).

6.5.1. Страховий тариф (річний) відповідно до страхових випадків зазначених в п. 5.1 цієї Оферти та страховий тариф (річний) відповідно до страхових випадків зазначених в п. 5.2 цієї Оферти становить 50% та 50% від страхового тарифу (річний) за Договором, визначеного в п. 5. Заяви (Акцепту), відповідно.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. **Строк дії Договору** становить 365 календарних днів, починаючи з дати укладення Договору та з урахуванням умов п.

7.1.1 цієї Оферти.

7.1.1. Договір набуває чинності з 00-00 годин дати наступної за днем надходження страхового платежу на рахунок Страховика.

7.2. **Місце дії Договору:** весь світ.

8. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

8.1. **Застрахована особа** – дієздатна фізична особа, про страхування якої укладено Договір та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором. Застрахованими особами не можуть бути особи у віці молодше 18 років і старші 65 років.

8.2. **Компетентні органи** – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків, та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо) яких є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства, відповідні органи інших держав тощо).

8.3. **Груба необережність** – вважається вчинення дій або утримання від вчинення дій (бездіяльність) Застрахованою особою, внаслідок яких настав страховий випадок, якщо Застрахована особа припускала, що вони могли призвести до страхового випадку, але легковажно розраховувала на їх відвернення, та/або не припускала наслідків своїх дій чи бездіяльності, хоча повинна і могла їх передбачити (наприклад: невиконання правил безпеки при споживанні продуктів та/або напоїв, користуванні механізмами, обладнанням, нежиття заходів щодо безпеки, обов'язок виконання яких передбачений діючим законодавством України чи підзаконними актами; вчинення дій прямо заборонених діючим законодавством чи підзаконними актами тощо).

8.4. **Вид травми: побутова та виробнича травма** – травма, нанесена застрахованій особі в будь-який час доби, незалежно від обставин, при умові, що такі обставини не є виключеннями із страхових випадків згідно з умовами цього Договору та Правил. При цьому не визнається страховим випадок, що стався під час регулярних спортивних тренувань або офіційних

змагань. **Спортивна травма** – травма, нанесена Застрахованій особі під час регулярних спортивних тренувань або офіційних змагань. За умовами цього Договору Сторони домовились, що регулярними вважаються заняття спортом більше ніж 6 (шести) годин на тиждень. На проведення офіційних змагань надається дозвіл вповноважених державних органів.

8.5. **Нещасний випадок** – несприятливий зовнішній механічний, термічний, хімічний вплив на Застраховану особу (включаючи вплив електричного струму чи розряду), що має короткочасний непередбачуваний, небажаний, ненавмисний і несподіваний для Застрахованої особи характер і призводить до смерті чи травматичних пошкоджень Застрахованої особи, що завдали суттєву шкоду її здоров'ю. Не є нещасними випадками події, що сталися через погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, спричинене захворюванням Застрахованої особи.

8.6. **Критичними захворюваннями** за умовами цього Договору Сторони домовились вважати:

8.6.1. **злоякісне новоутворення** (яке характеризується неконтрольним зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, метастазами і інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним та/або цитологічним дослідженнями) при умові, якщо діагноз (з обов'язковим зазначенням ураженого органу) в клінічній стадії за класифікацією TNM (P, G), та встановлений від початку страхування застрахованої особи по моменту гістологічного та/або цитологічного підтвердження минуло більше 90 діб. Заява про страховий випадок приймається після 30 діб з дати встановлення діагнозу та при умові, що на дату подання заяви Застрахована особа є живою.

8.6.2. **гострий інфаркт міокарда** - відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений: новими нестиповими 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 T > 1,0 нг / мл, АссuTnI > 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;

8.6.3. **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 підтверджені 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. Заява про страховий випадок приймається після 30 діб з дати постановки діагнозу та при умові, що на дату подання заяви Застрахована особа є живою;

8.6.4. **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. Випадок визнається страховим, якщо з дня проведення операції минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

9. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

9.1. Страховик має право відмовити в страховій виплаті у випадках, якщо:

9.1.1. Страхувальник/ Застрахована особа, його спадкоємці не повідомили Страховика про настання події (на умовах, викладених в Розділі 11 цієї Оферти) без поважних на це причин, обставин якої повинні бути підтверджені документально.

9.1.2. Застрахована особа відмовилася від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання нещасного випадку.

9.1.3. Страхувальник (Застрахована особа) надав(ла) завідомо неправдиву інформацію про предмет страхування та/або щодо факту чи обставин настання страхового випадку.

9.1.4. Спадкоємець(ці) Застрахованої особи, в разі смерті Страхувальника/ Застрахованої особи, несвоєчасно повідомив(ли) Страховика про настання страхового випадку без поважних причин, або створив(ли) Страховику перешкоди у з'ясуванні обставин настання страхового випадку.

9.1.5. Страхувальник не виконав своїх обов'язків, зазначених в цьому Договорі.

9.1.6. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України та Правилами страхування.

9.2. Страховик має право відмовити в страховій виплаті, якщо страхова подія відбулася із Застрахованою особою в результаті:

9.2.1. вчинення або спроби вчинення злочину за участю Застрахованої особи, незалежно від її психічного стану;

9.2.2. керування Застрахованою особою транспортним засобом в стані сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом особі в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не має прав водія або прав відповідної категорії;

9.2.3. вчинення Застрахованою особою навмисних дій та/або грубої необережності, що призвели до настання нещасного випадку; дії Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, які є причиною настання страхового випадку;

9.2.4. нещасного випадку, захворювання, що сталися із Застрахованою особою в місцях позбавлення волі;

9.2.5. якщо захворювання, нещасний випадок, який призвів до смерті, відбувся із Застрахованою особою, що була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку;

9.2.6. самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства або нанесення собі тілесних пошкоджень, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, підтвердженими документами компетентних органів;

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

9.2.8. свідомого знаходження Застрахованої особи 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;

9.2.9. служби (у тому числі військової) Застрахованою особою в Збройних Силах України, інших утворених відповідно до законів України військових формуваннях та правоохоронних органах спеціального призначення, органах боротьби з тероризмом, розвідувальних органах, національній гвардії, державній прикордонній службі, добровольчих підрозділах або інших самоорганізованих підрозділах, які мають ознаки військових формувань та/або формувань з охорони громадського порядку; участі в військових, мобілізаційних, антитерористичних, бойових операціях, заходах чи діях: під час надзвичайного, особливого чи військового стану оголошеного органами влади в країні, її певній частині та/або на території дії Договору; під час громадських заворушень, масових заворушень, масових зібрань (мітингів), революції, заколоту, повстання, страйку, пучку, локауту, за винятком випадків, коли Застрахована особа не приймала безпосередню участь в цих

подіях і була визнана як жертва; під час війни або будь-якої події, викликаной збройним конфліктом (міжнародним та/або не міжнародним), збройних конфліктів не міжнародного характеру, терористичного акту або дії наслідків терористичної діяльності; 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;

9.2.10. участі Застрахованою особою в будь-яких авіапольотах (за винятком польоту в якості пасажирів за плату літаком, що здійснює пасажирські авіаперевезення, належно допущеним до виконання польоту); зайняття небезпечними видами діяльності (в тому числі виконання трюків з використанням вибухових речовин, вогнепальної зброї);

9.2.11. порушенням Застрахованою особою правил (норм) техніки безпеки або виробничої санітарії, правил протипожежної безпеки, порушення Застрахованою особою правил дорожнього руху (в т.ч. руху на сигнал світлофора або жест регулювальника, що забороняють рух; в'їзду ТЗ на залізничний переїзд при закритому шлагбаумі);

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

9.2.13. 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, уреоплазменна та мікоплазменна інфекції, уrogenітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, гарднерельоз, трихомоніаз, папіломовірус, контагіозний моллюск, гострокінцеві кондиломи, липтотрікс);

9.2.14. регулярних спортивних тренувань або офіційних змагань.

9.3. 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 (in situ). 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). Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травми, інфекції, інфекційного васкуліту і запальних захворювань; Безсимптомний, прихований інсульт, виявлений методами візуалізації. Балонна ангіопластика (Balloon Angioplasty); стентування (Percutaneous transluminal coronary angioplasty); лазерна ангіопластика (Photoplation); ротоплятця (Rotaplation); Стентування (Percutaneous transluminal coronary angioplasty).

9.4. Причиною відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є обставини, що підпадають під обмеження страхування, викладені у п.9.8 цієї Оферти.

9.5. Згідно з цим Договором страховими не визнаються події, що сталися внаслідок ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження; військових дій, а також маневрів або інших військових заходів. Страховими не визнаються події, що сталися за межами території України.

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

9.7. Не вважаються страховими випадки: захворювання, які настали у Застрахованої особи до початку дії Договору; захворювання, що стали наслідком хвороби, про яку Застрахованій особі (Страховальнику) було відомо до моменту укладання Договору.

9.8. На страхування не приймається:

9.8.1. особа молодша 18-ти років та старша 65-ти років;

9.8.2. особа, якій присвоєна інвалідність будь-якої групи;

9.8.3. особа, яка вживає наркотики, токсичні речовини з метою токсичного сп'яніння, страждає на алкоголізм і перебуває через будь-яку із вказаних причин на диспансерному обліку; особа, яка знаходиться на освідченні в МСЕК;

9.8.4. особа, яка страждає на СНІД, а також ВІЛ-інфікована.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страховик зобов'язується:

10.1.1. Ознайомити Страховальника з Правилами та умовами Договору.

10.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страховику стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

10.1.3. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання відповідних документів, вказаних в Розділі II цієї Оферти, що підтверджують настання страхової події, прийняти рішення про страхову виплату або відмову у виплаті та скласти Страховий акт у строк не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів, зазначених в Договорі. Виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту складання Страхового акту.

10.1.4. У разі прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, письмово повідомити про це Страховальника/Застраховану особу та/або Вигодонабувача, та/або спадкоємця Застрахованої особи протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття рішення про відмову у страховій виплаті з обґрунтуванням причин відмови.

10.2. Страховик має право:

10.2.1. Перевіряти надану Страховальником інформацію та виконання ним вимог Правил і Договору.

10.2.2. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, у т.ч. відомості, що становлять медичну та банківську таємницю, направляти запити до компетентних органів про надання відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку.

10.2.3. Вимагати від Страховальника/Застрахованої особи та/або спадкоємців інформацію, необхідну для встановлення факту страхового випадку та розміру страхової виплати, включаючи відомості, що становлять медичну та комерційну таємницю.

10.2.4. Відстрочити страхову виплату в випадках, передбачених п.12.4 цієї Оферти.

10.2.5. Відмовити у страховій виплаті згідно з Правилами, умовами цього Договору та чинним законодавством України.

10.2.6. Відмовити у страховій виплаті у разі перебування Застрахованої особи в момент нещасного випадку в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.2.7. Переглянути розмір тарифної ставки у випадку змін, що істотно впливають на рівень ризику Страховика, що сталися після укладання Договору. У випадку, якщо Страховальник не погоджується на зміну умов страхування або відмовляється від сплати додаткового страхового платежу (у випадку збільшення розміру тарифної ставки), Страховик має право розглянути питання про припинення дії Договору.

10.2.8. Припинити дію Договору відповідно до Правил та чинного законодавства України.

10.3. Страховальник/Застрахована особа зобов'язується:

10.3.1. Виконувати умови Правил та Договору.

10.3.2. Сплатити страховий платіж в розмірі, в порядку і в строки, визначені Договором.

10.3.3. Вживати усіх можливих заходів та дій з метою запобігання та/або зменшення розміру шкоди, завданої внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком. Виконувати призначення лікаря і докладати всіх зусиль для зведення наслідків нещасного випадку до мінімуму.

10.3.4. Сповідати Страховика протягом терміну дії Договору про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника, Застрахованої особи та Вигодонабувача.

10.3.5. При укладенні Договору та протягом 2 (двох) робочих днів з дати виникнення відповідних обставин впродовж строку дії Договору надавати Страховику письмову інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в т.ч. про стан здоров'я Застрахованої особи, професію, заняття спортом, наявність інвалідності, травм, хвороб, хворобливих станів) та збільшує ризик настання страхових випадків за Договором, та які прямо чи опосередковано можуть бути причинами настання страхових випадків. В разі, якщо таке інформування з поважних причин не може бути здійснене Страхувальником/Застрахованою особою, до належного виконання зазначеного обов'язку прирівнюється надання зазначеної інформації близьким родичем та/або їх представником. Поважність причин пропуску строку інформування повинен письмово довести Страхувальник/Застрахована особа, або їх правонаступники.

10.3.6. Інформувати Страховика про всі інші діючі Договори, укладені щодо зазначеного в Договорі Предмету Договору.

10.3.7. Здійснювати інші дії, передбачені законодавством України, Правилами страхування та Договором страхування.

10.4. Страхувальник/Застрахована особа має право:

10.4.1. На зміну умов цього Договору за згодою Страховика, про що укладається Додаткова угода до Договору.

10.4.2. Визначити у Договорі за згодою Застрахованої особи дієздатного громадянина (Вигодонабувача) для одержання страхової виплати у разі настання страхового випадку із Застрахованою особою, а також змінити Вигодонабувача до настання страхового випадку.

10.4.3. Отримати дублікат Договору в разі його втрати. З моменту видачі дублікату втрачений екземпляр (оригінал) вважається недійсним.

10.4.4. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідує з умов цього Договору.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЯКІ ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.

11.1. Страхувальник, Застрахована особа або її спадкоємці та/або Вигодонабувач повинні повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту, як йому стало відомо про його настання із зазначенням прізвища, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номеру Договору, причин та обставин страхового випадку, його наслідків (якщо вони відомі).

11.2. Повідомлення може бути зроблено у наступній формі: особисто у письмовій формі Страхувальником (Застрахованою особою) або його представником за адресою Страховика; надсилання листа з повідомленням або кур'єром на адресу офісу Страховика (датою повідомлення вважається дата відправлення листа, згідно поштового штемпеля).

11.3. Несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин надає останньому право відмовити у виплаті страхового відшкодування, якщо не буде надано обґрунтованих доказів, що несвоєчасне повідомлення сталося з поважних обставин.

11.4. Повідомити у письмовій формі та/або за допомогою факсимільного зв'язку Страховика протягом 72 (сімдесяти двох) годин (за винятком вихідних та святкових днів) днів про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про втрату працездатності або травму.

11.5. Для отримання страхової виплати, особа, яка має право на одержання страхової виплати (Застрахована особа, Вигодонабувач, спадкоємець Застрахованої особи/Вигодонабувача), повинна надати Страховику не пізніше 6 (шести) місяців з дати настання страхового випадку такі документи: Заяву (за встановленою Страховиком формою) на отримання страхової виплати з врахуванням строків, зазначених в п. 8.6.1- 8.6.4 цієї Оферти; копію Заяви (акцепт), документ, що підтверджує особу одержувача страхової виплати (Застрахованої особи, спадкоємця Застрахованої особи/ Вигодонабувача), а саме: паспорт, довідку про присвоєння реєстраційного номеру ОКПП (надається фізичною особою - одержувачем страхової виплати). При настанні нещасного випадку на виробництві - акт за формою Н-1 чи Н-1В. При настанні нещасного випадку у побуті - акт за формою НТ або довідка довільної форми з лікувального закладу, в якій зазначається місце, дата і час настання нещасного випадку, дата і час звернення до лікувального закладу, діагноз, вид травми, подія, що призвела до нещасного випадку, а також висновок про наявність алкогольного чи наркотичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання цього нещасного випадку; медичні документи належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування.

11.6. Додатково, до документів, зазначених у п. 11.5 цієї Оферти надаються:

11.6.1. у разі настання страхового випадку зазначеного у п. 5.1.1 цієї Оферти: свідоцтво про смерть Застрахованої особи; свідоцтво про право на спадщину для спадкоємця Застрахованої особи/Вигодонабувача; медичні документи належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування;

11.6.2. у разі настання страхового випадку зазначеного в п. 5.1.2 цієї Оферти: довідка МСЕК (медико-соціальної експертної комісії) про встановлення Застрахованій особі певної групи інвалідності; медичні документи належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування.

11.6.3. у разі настання страхового випадку зазначеного в п. 5.2.1. цієї Оферти: медичні документи належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування; картка виклику невідкладної медичної допомоги, рахунки закладу охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису послуг та медикаментів; інші медичні документи належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування.

Медична документація (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (зокрема, але не виключно: онкологічний інститут / центр / клініка тощо), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата народження, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; Скарги; Анамнез захворювання; Клінічну картину; Результати обстеження, які підтверджують відповідний діагноз, визначений пп. 8.6.1-8.6.4 цієї Оферти (в тому числі, але не обмежуючись, в залежності від діагнозу, такими документами можуть бути: цитологічне і / або гістологічне обстеження із зазначенням номера та дати; Результат тропонінового тесту у динаміці ; Коронарна ангіографія, електрокардіографія - ЕКГ, електроенцефалографія - ЕЕГ, ультразвукова діагностика, доплерографія; зміни, виявлених в лікворі (спинномозкової рідини); Променеві методи діагностики (рентгенологічні, комп'ютерна томографія - КТГ та / або магнітно - резонансна томографія - МРТ) або інші обстеження, які характерні і підтверджують відповідне захворювання), рекомендації / результат лікування.

Медична документація повинна бути завірена візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.

Давність медичного документа, який надається в Страхову компанію, не повинна перевищувати 10 (календарних) днів від дати його видачі.

11.6.4. у випадку настання страхового випадку внаслідок протиправних дій третіх осіб - витяг з Єдиного реєстру досудових розслідувань, Постанову про закриття кримінального провадження із зазначенням у ній ознак протиправності дій винних осіб.

11.7. Документи, зазначені в п.11.5-11.6 цієї Оферти, можуть надаватись 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. Якщо зазначені у 11.5-11.6 цієї Оферти документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

11.8. Страховик має право вимагати надання інших документів (не зазначених в Розділі 11 цієї Оферти) щодо страхового випадку та/або на свій розсуд зменшити перелік документів (зазначених в Розділі 11 цієї Оферти) щодо страхового випадку.

11.9. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок настання страхових ризиків, зазначених в пп. 8.6.1-8.6.4 цієї Оферти, страхова виплата не здійснюється.

12. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ ЗБИТКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Розмір належного страхового відшкодування визначається наступним чином:

12.1.1. У разі настання страхового випадку «смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, який виник в період дії Договору» страхова виплата здійснюється в розмірі 100% від страхової суми, визначеної Договором.

12.1.2. За умови настання страхового випадку «Первинна інвалідність Застрахованої особи (встановлення I або II групи інвалідності) внаслідок нещасного випадку, який виник в період дії Договору» страхова виплата здійснюється в розмірі:

12.1.2.1. 100% страхової суми - у випадку присвоєння Застрахованій особі I групи інвалідності внаслідок нещасного випадку;

12.1.2.2. 75% страхової суми – у випадку присвоєння Застрахованій особі II групи інвалідності внаслідок нещасного випадку.

12.1.2. У разі настання страхового випадку згідно п. 5.2.1. Оферти розмір страхового відшкодування визначається в межах страхової суми та в сумі фактично наданих медичних послуг.

Ліміт відповідальності Страховика на один страховий випадок за даним страховим ризиком встановлюється в розмірі не більшому, ніж 100 000 (сто тисяч) грн.

12.2. Загальна сума виплат по за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати розміру страхової суми, встановленої Договором.

12.3. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування з урахуванням раніше проведених виплат, які мали місце під час дії Договору.

12.4. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати у випадках:

12.4.2. якщо за фактами, які послужили причиною настання страхового випадку, відкрите кримінальне провадження або почато судовий процес - до закінчення досудового слідства або судового розгляду;

12.4.3. при необхідності додаткової перевірки причин та обставин страхового випадку, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.

13. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Дія Договору припиняється за згодою Сторін, а також у випадках:

13.1.2. закінчення строку дії Договору;

13.1.3. виконання Страховиком своїх зобов'язань за Договором у повному обсязі;

13.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

13.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

13.1.6. в інших випадках згідно Правил страхування та чинного законодавства України.

13.2. Дію Договору може бути достроково припинено за письмовою вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору.

13.2.2. У випадку дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника щодо дострокового припинення дії Договору пов'язана з порушенням Страховиком умов цього Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

13.2.3. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних страхових виплат, які були виплачені за Договором.

13.2.4. Норматив витрат на ведення справи встановлюється в розмірі 30% від суми сплаченої страхової премії за Договором.

13.3. При взаємних розрахунках Сторін у разі дострокового припинення Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові премії були сплачені в безготівковій формі.

13.4. Договір вважається недійсним у випадках, передбачених чинним законодавством України. В разі визнання Договору недійсним кожна зі Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.

13.5. Всі зміни та доповнення до Договору здійснюються у письмовій формі за згодою Сторін. Сторона, яка вважає за необхідне змінити та/або доповнити Договір, надсилає пропозицію про це іншій Стороні. Сторона, що отримала пропозицію про зміну чи доповнення Договору, в двадцятиденний строк повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін, про результати розгляду її пропозиції. У випадку, якщо Сторони не досягли згоди щодо зміни або доповнення Договору, останній продовжує діяти на погоджених в ньому умовах, може бути розірваний в порядку, визначеному в цьому Договорі, або спір щодо зміни умов Договору вирішується судом згідно з чинним законодавством.

14. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

14.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати 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 діє в період нарахування пені.

14.2. Сторони за взаємною згодою встановлюють, що в разі виникнення між ними спору пов'язаного з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором 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.

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

14.4. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених цим Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

15. ІНШІ УМОВИ