Додаток 1

Затверджено Наказом № 85-О від 29.04.2026 р.

з початком дії з 01.07.2026 р.

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«Медичний консьєрж» №051/1
ЗА КЛАСОМ 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

м. Київ, 2026 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. У відповідності до цих Загальних умов страхового продукту «Медичний консьєрж» №051/1 за ризиком 2 “медичне страхування” в межах класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) (далі в тексті - «ЗУСП») АТ «СК «АРКС» (далі в тексті - «Страховик») укладає договори медичного страхування (надалі - Договори страхування або Договори) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними особами, фізичними-особами підприємцями та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками) від перелічених у ЗУСП ризиків (далі Страховик та Страхувальник – Сторони, а кожен окремо – Сторона).

1.2. За договорами медичного страхування Страховик гарантує Страхувальнику повну або часткову оплату медичної допомоги та надання сервісних послуг «Медичний консьєрж» певного переліку і якості, які надаються Застрахованій особі медичними закладами, у відповідності до обраних Страхувальником (Застрахованою особою) умов конкретного договору страхування та в межах страхової суми.

1.3. Обсяг страхового покриття та інші умови страхування, що містяться в даних ЗУСП, можуть бути звужені та/або уточнені (конкретизовані) при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку за згодою сторін в письмовій формі (паперовому або електронному вигляді), за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

Асистанс - підрозділ Страховика який надає асистуючі послуги застрахованим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування.

Асистуючі послуги - допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо страховиком або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій застрахованої особи та/або осіб, які надають допомогу / послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги / таких послуг, а також виконання Асистансом або іншою особою, яка надає таку допомогу / такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, включаючи оплату Асистансом (іншою особою) вартості такої допомоги / таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору зі страховиком.

Веб-сайт Страховика – офіційний інтернет ресурс Страховика: **https://arx.com.ua/**

Вигодонабувач – Застрахована особа, або інша фізична, або юридична особа, вказана в Договорі страхування як одержувач страхової виплати за письмовою згодою Застрахованої особи.

Договір страхування - договір, укладений між Страховиком та Страхувальником на підставі чинного законодавства та цих ЗУСП, предметом якого є передача Страхувальником Страховику за плату ризиків, пов’язаних здоров’ям та працездатністю Застрахованої особи/іб, зазначеної/них в договорі, на умовах, визначених таким Договором. За Договором страхування Страховик зобов’язується в разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медичної допомоги (в межах страхової суми), яка необхідна Застрахованій особі, а Страхувальник зобов’язується сплачувати страхові платежі (страхову премію) у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Документ – спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об’єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно: матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні).

Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія) – візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) оригіналу паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчена

електронним підписом (кваліфікованим електронним підписом), що накладено на документ з дотриманням вимог законодавства України у сфері електронних довірчих послуг та електронного документообігу.

Електронне повідомлення - інформація, представлена в електронній формі, що не є електронним документом, надана Страхувальником або Застрахованою особою (особою, яка має на це право відповідно до умов договору страхування або законодавства України) з використанням мобільного застосунку MyARX **https://arx.com.ua/produkty/my-arx-app** або веб-сайту Страховика **https://arx.com.ua/strakhoviy-vypadok/medychne-strakhuvannya**. Електронні повідомлення які направляються Страховику з використанням мобільного застосунку MyARX **https://arx.com.ua/produkty/my-arx-app** або веб-сайту Страховика: **https://arx.com.ua/strakhoviy-vypadok/medychne-strakhuvannya** вважаються підписаними у належний спосіб.

Застрахована особа – фізична особа, про страхування якої укладається Договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

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

Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку, та на страхову виплату (Заява про виплату) – інформація, що надається Застрахованою особою (особою, яка має на це право відповідно до умов договору страхування) Страховику, у формі телефонного звернення до контакт-центру Страховика або надсилається у формі електронного повідомлення, через визначену Страховиком адресу електронної пошти, мобільний застосунок MyARX **https://arx.com.ua/produkty/my-arx-app**, веб-сайт Страховика **https://arx.com.ua**

Компетентні органи - державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації до компетенції яких належить ліквідація наслідків страхових подій та/або 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, Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), Міністерства охорони здоров'я (в тому числі, але не виключно дані із Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ)), Експертна команда з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО), швидка медична допомога, житлово-комунальні підприємства, Національна поліція, відповідні органи інших держав тощо).

Копія документу - це точне відтворення оригіналу документа на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом.

Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, а також маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення.

Медичні заклади - **(заклади охорони здоров'я)** - підприємства, установи та організації або їх відокремлені підрозділи, що забезпечують медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Медичні заклади згідно з списком Страховика - Перелік Медичних закладів, з якими Страховиком укладено договори про співробітництво наведений на сайті Страховика **https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya** та підтримується Страховиком у актуальному стані.

Невідкладна швидка медична допомога (невідкладна допомога, швидка допомога, екстрена допомога) – медична допомога, що надається медичним закладом шляхом виїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання, настання нещасного випадку в тому числі: опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння та у разі ненадання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення, в тому числі не сумісні з життям.

Нещасний випадок - це короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму), що призвело до тимчасової або стійкої втрати працездатності Застрахованої особи та/або внаслідок чого настала її смерть.

Опція програми страхування – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених програмою страхування.

Програма страхового продукту (програма страхування) – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в рамках умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

Страхова виплата - грошова сума, яку Страховик відповідно до Договору страхування повинен виплатити при настанні страхового випадку.

За договорами медичного страхування страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги та/або медикаментів та/або товарів медичного призначення, що надані медичними або фармацевтичними закладами Застрахованій особі за конкретним договором страхування.

Страхова сума - визначена Договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов’язується здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку і виходячи з якої визначається розмір страхової премії.

Страховий акт – документ, що складається Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (нестраховий) випадок, та в якому зафіксовано суму страхової виплати.

Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, що відбулася після набуття чинності Договору страхування, ризик настання якої застрахований і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини (страхову виплату) медичному закладу, який надав медичну допомогу Застрахованій особі на підставі її заяви з приводу страхового випадку.

Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування, включаючи Застраховану особу) у страхуванні ризиків, пов’язаних з життям, здоров’ям, працездатністю Застрахованої особи та передбачених Договором страхування.

Страховий платіж (премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов’язаний сплатити Страховику в порядку і у термін, встановлені Договором страхування.

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

Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

Страховик – **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС»**, скорочене найменування - **АТ «СК «АРКС»**, **код ЄДРПОУ 20474912**, місцезнаходження – **04070 Україна, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8**, телефон **0 800 30 27 23**, електронна пошта для звернень info@arx.com.ua, веб-сайт https://arx.com.ua, контакти https://arx.com.ua/kontakty .

Страхування - це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.

Страхувальник – юридична особа, фізична-особа підприємець, дієздатна фізична особа яка уклала Договір страхування згідно ЗУСП на користь іншої особи, у якої є страховий інтерес та яка прийняла умови страхування за Договором.

Терміни, що не обумовлені даними ЗУСП, визначаються Законом України „Про страхування" та іншими законодавчими і підзаконними актами України.

Якщо значення будь-якого терміну (найменування або поняття) не обумовлено цими ЗУСП та не передбачено законодавством України, таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страхове покриття включає перелік страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, страхових випадків, предмет та об'єкт страхування, строк дії Договору, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії Договору, та вказується за погодженням сторін в Договорі страхування.

3.2. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

3.3. Об'єктом страхування за Договором страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування.

3.4. Клас страхування 2 "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", включає такі ризики в межах класу страхування:

3.4.1. медичне страхування.

3.5. Ризик, зазначений в п.3.4.1 «медичне страхування», характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату медичному закладу, який надав медичну допомогу Застрахованій особі на підставі її заяви з приводу страхового випадку.

3.5.1. За Договором страхування, укладеним за ризиком, зазначеним в п.3.4.1 «медичне страхування», у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги.

3.6. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистансу з метою телефонного консультування («Медичний консьєрж») та до медичного закладу за направленням Асистансу з метою одержання медичних послуг, а саме: телемедичних консультацій та невідкладної швидкої медичної допомоги в результаті загальних захворювань або нещасного випадку, в тому числі: опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння.

3.7. Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення до медичного, фармацевтичного або іншого закладу з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі.

3.8. Перелік можливих страхових випадків включає звернення Застрахованої особи за медичною допомогою через:

3.8.1. гостре захворювання;
3.8.2. хронічне захворювання у стадії загострення;
3.8.3. хронічне захворювання поза стадією загострення;
3.8.4. розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
3.8.5. настання хвороб, спричинених нещасним випадком або його наслідками.
3.9. Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів.
3.10. Страхування за цими ЗУСП може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

- організацію послуг;
- консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів та інше);
- оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення, згідно Програми страхування.
- оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.

3.11. Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком буде відбуватись шляхом відшкодування медичній або іншій установі.
3.12. Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування:
3.12.1. «Медичний консьєрж»:
3.12.1.1. Кількість консультацій протягом місячного періоду - без обмежень
3.12.1.2. Дана опція забезпечує надання допомоги з наступних медичних питань:
3.12.1.2.1. підбір лікувально-профілактичного закладу, а саме: вибір профілю медичного закладу та лікаря-спеціаліста, інформування про графік роботи установи і часу прийому лікарів -спеціалістів, орієнтовна вартість послуг і консультацій;
3.12.1.2.2. пошук медикаментів, а саме надання інформації про наявність медикаментів в аптеках міста та їх вартість;
3.12.1.2.3. організація другої думки, що включає в себе пошук альтернативного медичного закладу та лікарів-спеціалістів, а також діагностичних методів дослідження для підтвердження діагнозу;
3.12.1.2.4. доставка медикаментів додому та в офіс (на умовах аптечної мережі).
3.12.1.3. Дзвінки приймаються цілодобово і обслуговуються кваліфікованими лікарями – координаторами Асистансу.
3.12.1.4. Послуга не передбачає оплату послуг, призначень, в тому числі і медикаментів та товарів медичного призначення.
3.12.2. «Дистанційні консультації лікаря» - телемедичні консультації (надалі -ТМК):
3.12.2.1. Кількість ТМК протягом місячного страхового періоду – 5 консультацій сумарно на всіх Застрахованих осіб за Договором.
3.12.2.2. Дана опція передбачає організацію та сплату ТМК, яку надає лікар медичного закладу, обраного Асистансом, при зареєстрованому зверненні Застрахованої особи за допомогою чат-боту Страхувальника.
3.12.2.3. Організація послуги можлива згідно з графіком роботи медичного закладу або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.
3.12.2.4. Дистанційна консультація (телемедична консультація, ТМК) для цілей цієї Опції та Програми страхування – це процес обговорення конкретного клінічного випадку Застрахованою особою та лікарем. Перелік спеціальностей лікарів, які включені до даної опції: терапевт/сімейний лікар, гастроентеролог, дерматолог, ендокринолог, ревматолог, кардіолог, отоларинголог, невролог з метою надання висококваліфікованої медичної допомоги. Для проведення консультації використовують спеціальні засоби телекомунікації.
3.12.2.5. Послуга не передбачає оплату подальших призначень, в тому числі медикаментів та товарів медичного призначення.

3.12.2.6. Організація даної послуги здійснюється при виникненні проблем зі здоров'ям у Застрахованої особи та у випадках:

3.12.2.6.1. стан Застрахованої особи дозволяє консультувати її по телефону;

3.12.2.6.2. телемедичні консультації (ТМК) Застрахована особа може отримати, перебуваючи за межами території України.

3.12.2.7. В межах опції «**Дистанційні консультації лікаря»** можливе формування медичного висновку про тимчасову непрацездатність, на підставі якого програмними засобами електронного реєстру листків непрацездатності створюється електронний листок непрацездатності (е-лікарняний) у Реєстрі електронних листків непрацездатності ПФУ за наявності у Застрахованої особи симптомів гострої респіраторної хвороби на період до 5 календарних днів.

3.12.2.8. Відкриття електронного листка непрацездатності за результатами проведення телеконсультації може бути здійснено тільки у період воєнного стану та протягом трьох місяців з дня його припинення або скасування.

3.12.2.9. Відкриття електронного листка непрацездатності під час телемедичної консультації не здійснюється при інших захворюваннях чи станах, а також якщо:

3.12.2.9.1. Застрахована особа знаходиться за кордоном;

3.12.2.9.2. первинний лікарняний лист вже було відкрито на 5 днів (продовження можливе лише на очній консультації);

3.12.2.9.3. пацієнт хворіє більше тижня.

3.12.3. «Невідкладна швидка медична допомога»:

3.12.3.1. Кількість викликів протягом місячного страхового періоду по наданню невідкладної швидкої медичної допомоги - 1 (один) виклик на одну Застраховану особу.

3.12.3.2. Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної швидкої медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

3.12.3.3. Невідкладна швидка медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні державними, відомчими або приватними медичними закладами (перелік наведений на сайті Страховика).

3.12.3.4. Опція забезпечує організацію та оплату наступних медичних послуг:

3.12.3.4.1. виїзд бригади швидкої медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа в межах населеного пункту, де знаходиться медична установа, яка надає послуги невідкладної медичної допомоги, а також у межах 30-км зони (за правилами виміру, встановленими у медичній установі) зі 100% покриттям транспортних витрат за рахунок Страховика;

3.12.3.4.2. реанімаційні заходи;

3.12.3.4.3. діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;

3.12.3.4.4. медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під час надання невідкладної медичної допомоги медичним персоналом невідкладної медичної допомоги);

3.12.3.4.5. транспортування «каретою швидкої допомоги» до лікувального закладу у випадку необхідності екстреної стаціонарної допомоги при наявності загрози життю. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

3.12.3.4.6. медична допомога травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше);

3.12.3.4.7. транспортування до/з травмпункту, до-/з- дому, з одного медичного закладу в інший у випадку якщо Застрахована особа неспроможна самостійно прибути до/з травмпункту (дому), за наданням медичної допомоги за медичними показаннями.

3.13. Інша допомога, передбачена Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, яка органічно входить в вищезазначені опції.

3.14. Страховик має право комбінувати різні опції в межах програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування включати їх в опції.

3.15. Детальний опис опцій страхування наводиться у Договорі страхування.

3.16. Перелік страхових випадків визначається за згодою сторін в Договорі страхування.

3.17. Строк дії Договору 1 (один) рік. Дія Договору продовжується (лонгується) на наступні 12 місяців, з кожним наступним продовженням (лонгацією) на 12 місяців на умовах, визначених Договором, якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити за 30 календарних днів до дати пролонгації (річниці договору) та Страхувальником сплачуються страхові платежі в кожному наступному році страхування.

3.18. Договір вступає в дію з дати, зазначеної в Договорі страхування, як «Строк дії договору».

3.19. Договір складається з 12 місячних періодів страхування.

3.19.1. Перший місячний період страхування - місячний період по відношенню до Застрахованої особи, який починається з дати початку дії Договору страхування та закінчується днем, що передує цій же даті наступного календарного місяця.

3.19.2. Наступний місячний період страхування - місячний період по відношенню до Застрахованої особи, який починається з наступного дня після дати закінчення попереднього місячного періоду, та закінчується днем, що передує цій же даті наступного календарного місяця.

3.20. Страховий захист протягом дії Договору діє в кожному місячному періоді страхування за умови сплати страхового платежу за такий період страхування до дати завершення цього місячного страхового періоду.

3.21. Страхова сума зазначається в Договорі страхування. Розмір Страхової суми встановлюється за узгодженням між Страхувальником і Страховиком та зазначається за обраною Програмою на кожну Застраховану особу, а також зазначається Загальна страхова сума за Договором. Страхова сума діє протягом річного терміну дії Договору, незалежно від кількості фактичних місяців страхування кожної Застрахованої особи протягом річного терміну дії Договору.

3.22. Загальна страхова сума за Договором та Страхова сума за кожною Застрахованою особою є агрегатною, тобто зменшується після здійснення Страхової виплати за будь-яким ризиком на суму здійсненої Страхової виплати.

3.23. Територія дії договору - Україна, крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь та територій України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, територій (населених пунктів), що розташовані на лінії зіткнення, на яких ведуться активні бойові дії або які перебувають в оточенні (блокуванні), територій, тимчасово окупованих Російською Федерацією, а також місцевостей, на території яких встановлено режим надзвичайної ситуації або існує загроза її виникнення, та/або введено надзвичайний стан та територій, що зазнали впливу небезпечних подій техногенного чи природного характеру і щодо яких встановлено особливий режим проживання чи обмеження доступу незалежно від причин виникнення таких подій.

3.24. Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

4.1. Наведені у цих ЗУСП права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи не є вичерпними оскільки Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених тут) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або ЗУСП, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.

4.2. Страхувальник має право:

4.2.1. перевіряти виконання Страховиком додержання умов Договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;

4.2.2. вимагати від Страховика здійснення своєчасної страхової виплати, виходячи із програми медичного страхування в обсязі, що був передбачений Договором страхування;

4.2.3. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

4.2.4. достроково припинити дію Договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, ЗУСП або чинним законодавством України;

4.2.5. включити особу до переліку застрахованих осіб або виключити особу з переліку застрахованих осіб шляхом внесення змін до Договору страхування.

4.2.6. відмовитися від Договору без пояснення причин протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дня укладення Договору, крім випадків, зазначених в п. 6.1 ЗУСП. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі (електронному або паперовому вигляді).

4.2.7. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку

4.3. Страхувальник зобов'язаний:

4.3.1. своєчасно вносити страхові платежі в терміни, обумовлені Договором;

4.3.2. під час дії Договору інформувати Страховика у будь-який спосіб протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованої особи;

4.3.3. дотримуватись умов Договору;

4.3.4. відповідно до чинного законодавства, отримати згоду на страхування та використання персональних даних застрахованої особи, на користь якої укладається Договір страхування;

4.3.5. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

4.3.6. Повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати настання суттєвих змін в діяльності Страхувальника (в іншій інформації), наданій Страхувальником в анкеті (опитувальнику), подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

4.4. Страховик має право:

4.4.1. перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та/або Застрахованою особою, в тому числі про стан здоров'я Застрахованих осіб;

4.4.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком або ризиком його настання до компетентних органів, правоохоронних органів, банків, страхових компаній, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;

4.4.3. перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи для уточнення діагнозу що підтверджують факт настання страхового випадку, розмір витрат, а також

направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;
4.4.4. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором страхування;
4.4.5. запитувати і одержувати відомості щодо кваліфікації події як страхового випадку від компетентних органів, державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян, в тому числі, але не виключно з Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ);
4.4.6. відмовити в страховій виплаті при наявності підстав та у випадках, передбачених цими ЗУСП та Договором страхування;
4.4.7. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених ЗУСП та Договором страхування;
4.4.8. запитувати та одержувати від Страхувальника/Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини оригінали та копії документів, в тому числі засвідчені у відповідності до порядку встановленому законодавством, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати.
4.4.9. отримувати, використовувати та на свій розсуд передавати третім особам, достовірну і повну інформацію та документи, у тому числі медичні документи та медичну інформацію, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я Застрахованої особи та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнози можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні.
4.4.10. відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема у разі:
- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

4.5. Страховик зобов'язаний:
4.5.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та ЗУСП;
4.5.2. визнати дійсним страхове покриття по відношенню до Застрахованих осіб зазначених в Договорі з дня укладення Договору;
4.5.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
4.5.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, в строк передбачений даними ЗУСП та Договором страхування;
4.5.5. не розголошувати відомості про Страхувальника/Застраховану особу і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;
4.5.6. Повідомити Страхувальника про зміну реквізитів для сплати страхових платежів шляхом направлення відповідного повідомлення на адресу електронної пошти Страхувальника (його представника) що вказані в Договорі.

4.5.7. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

4.6. Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено Договором страхування:

4.6.1.1. що передбачені в пунктах 4.2.2- 4.2.3, 4.3.2 цих ЗУСП - з моменту набуття чинності Договору страхування до моменту настання страхового випадку;

4.6.1.2. що передбачені в пунктах 4.3.4 ЗУСП;

4.6.2. зобов'язана повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в термін, передбачений умовами Договору страхування.

4.7. Застрахована особа має право:

4.7.1. Застрахована особа може в будь-який момент відмовитись бути застрахованою особою та відмовитись від страхування відносно себе на умовах розділу 5 та 6 цих ЗУСП;

4.7.2. Надавати Страховику за Договором страхування копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу у разі якщо це визначено у Договорі страхування;

4.7.3. У разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулася, страховим випадком або про відмову оплатити вартість медичної допомоги, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

4.8. Застрахована особа зобов'язана:

4.8.1. Застрахована особа має забезпечити надання необхідної інформації та/або документів про стан її здоров'я, проведені обстеження, надану медичну допомогу та лікування, які містяться в Електронній системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та пов'язані з настанням події, що має ознаки страхового випадку та необхідні для її належної кваліфікації. З цією метою Застрахована особа, у випадку необхідності на вимогу Страховика, зобов'язана надати уповноваженим представникам Страховика доступ до відповідної інформації в ЕСОЗ, в т.ч. шляхом демонстрації інформації з екрану власного електронного пристрою, надання доступу до власного електронного кабінету в електронній медичній інформаційній системі, та можливість отримати/вивантажити необхідну інформацію, в т.ч., але не виключно, шляхом створення копій відповідної інформації ЕСОЗ з екрану власного електронного пристрою Застрахованої особи. Невиконання цих вимог Застрахованою собою може бути підставою для відмови в здійсненні страхової виплати;

4.8.2. не створювати свідомо ризику ушкодження / втрати свого здоров'я;

4.8.3. дотримуватись правил розпорядку та режиму роботи медичного закладу, який надає медичну допомогу, виконувати накази та приписи лікарів;

4.8.4. надати на усний та/або письмовий запит Страховика, у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні.

4.8.5. Застрахованій особі забороняється передавати Сертифікат іншим особам з метою реалізації ними будь-яких прав за Договором страхування. В такому випадку дія Договору страхування щодо відповідної Застрахованої особи припиняється.

4.8.6. Якщо виплата страхового відшкодування підлягає фінансовому моніторингу згідно з Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» - інформацію та/або офіційні документи, необхідну (-ні) для ідентифікації та верифікації отримувача страхового відшкодування, визначені цим законом.

4.9. Під час укладення та виконання Договору страхування Страховик, Страхувальник, Застраховані особи, Вигодонабувачі зобов’язані дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є таємницею страхування.

5. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ.

5.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін. Всі зміни до Договору мають бути оформлені як Додаткові угоди до Договору, які стають невід’ємними частинами з моменту підписання або з дати, вказаної в Додатковій угоді.
5.2. Про намір внести будь-які зміни до умов Договору, Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.
5.3. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.
5.4. Про намір достроково припинити дію Договору за ініціативою Страховика, Страховик зобов’язаний повідомити Страхувальника не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати такого припинення.
5.5. Про намір достроково припинити дію Договору за ініціативою Страхувальника, Страхувальник зобов’язаний повідомити Страховика не пізніше дати такого припинення.
5.6. У разі дострокового припинення дії Договору за ініціативою Сторін відповідно до п. 5.3 та 5.4 Договір припиняє свою дію з дати, зазначеної в повідомлені про припинення Договору.
5.7. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність:
- 5.7.1. за згодою Сторін;
- 5.7.2. у разі ліквідації Страховика або Страхувальника у порядку, встановленому законодавством України. Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;
- 5.7.3. у разі прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 5.7.4. у разі несплати Страхувальником страхового платежу за відповідний місячний період страхування до завершення такого місячного періоду страхування;
- 5.7.5. відмови Страхувальника від Договору;
- 5.7.6. закінчення терміну дії Договору страхування;
- 5.7.7. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником та/або Застрахованими особами у повному обсязі;
- 5.7.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.8. Дія страхового захисту по відношенню до Застрахованої особи може бути достроково припинена за ініціативою Сторін або Застрахованої особи.
5.9. Дія страхового захисту відносно Застрахованої особи припиняється у разі:
- 5.9.1. смерті Застрахованої особи;
- 5.9.2. припинення дії Договору в цілому, відповідно п. 5.7 ЗУСП;
- 5.9.3. відмови Застрахованої особи від страхування;
- 5.9.4. виконання Страховиком своїх зобов’язань за Договором перед Застрахованою особою в повному обсязі, в тому числі вичерпання страхової суми або лімітів по Договору;
- 5.9.5. несплати страхового платежу Страхувальником в порядку, передбаченому Договором.

5.10. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, Страховиком здійснюється розгляд та врегулювання таких страхових випадків.
5.11. У разі припинення дії Договору страхування в зв’язку із виконанням Страховиком взятих зобов’язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.
5.12. Додаткова угода до договору страхування повинна містити умови визначені законодавством, зокрема але не виключно:
- 5.12.1. назву документа;

5.12.2. назву та адресу Страховика;
5.12.3. прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника і його адресу;
5.12.4. номер та дату укладення договору страхування;
5.12.5. зміни або доповнення до умов договору.

5.13. У випадку збільшення кількості Застрахованих осіб, Страхувальник після внесення відповідних змін до договору страхування сплачує за нових Застрахованих осіб страховий платіж, розрахований Страховиком виходячи із періоду часу, що фактично залишився до закінчення строку дії договору страхування. На ім'я нових Застрахованих осіб Страховик у відповідності до ЗУСП видає страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).

5.14. Заміна Застрахованої особи, зазначеної в договорі страхування, іншою Застрахованою особою може бути зроблена за ініціативою Страхувальника (при наявності письмової згоди на це вибуваючої Застрахованої особи) або самої Застрахованої особи шляхом внесення змін до договору страхування.

5.15. Страхувальник зобов'язаний протягом 5 робочих днів інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України. Страховик не вправі вимагати дострокового припинення дії договору страхування після того, як обставини, що спричиняли збільшення страхового ризику, припинилися.

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім випадків, якщо з моменту укладення Договору повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку. При цьому Страхувальник інформує Страховика про намір відмовитися від договору в порядку, передбаченому розділом 5 ЗУСП.

6.2. Застрахована особа може в будь-який момент відмовитись бути застрахованою особою та відмовитись від страхування відносно себе на умовах визначених розділом 5 цих ЗУСП.

6.3. Порядок та строки повернення Страховиком страхової премії (її частини) в разі відмови Страхувальника від договору страхування, а також інші умови використання права на відмову від договору страхування зазначаються в Договорі страхування.

7. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним Договором страхування

7.1.1. Для отримання «Дистанційного консультування лікаря» Застрахована особа має звернутися у чат-бот Асистансу з меню управління Пакетами у Приват24.
7.1.2. Для виклику швидкої та невідкладної медичної допомоги, а також консультацій з інших медичних питань - звернутися до Асистансу за телефоном (044) 498 03 06.

7.2. При зверненні до Асистансу потрібно повідомити наступну інформацію:
7.2.1. номер Сертифіката застрахованої особи;
7.2.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
7.2.3. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;
7.2.4. контактний телефон.

7.3. Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками.

7.4. Спеціаліст Асистанса проводить ідентифікацію Сертифікату Застрахованої особи, надає консультації та за необхідності організовує послуги, передбачені Опціями Програми, в тому числі рекомендує Медичні заклади згідно з списком Страховика, в яких Застрахованій

особі буде надана необхідна медична допомога відповідно до Програми страхування. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.
7.5. Медична допомога надається на підставі гарантії Асистансу та пред'явленні документу, що посвідчує особу.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення – у разі, якщо це передбачено Програмою) Медичним закладам згідно зі списком Страховика, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування.
8.2. Відшкодування у разі самостійної сплати Застрахованою особою послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення) не передбачено умовами Договору страхування.
8.3. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів та акту виконаних робіт, що підтверджують факт отримання послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення) Застрахованою особою та їх вартість в строк, обумовлений договорами про співпрацю з Медичними закладами.
8.4. У випадку оплати послуг, наданих Медичним закладом зі списку Страховика за рекомендацією та/або гарантією Асистансу, заявою Застрахованої особи на здійснення страхової виплати є Акт виконаних робіт Медичного закладу зі списку Страховика. Такий Акт виконаних робіт Страховик зобов'язаний отримати у Медичних закладів зі списку Страховика самостійно.
8.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат.
8.6. Застрахована особа має право вимагати від Страховика оплати вартості послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення), виходячи із Програми страхування в обсязі, що передбачений Договором. Розмір страхової виплати визначається лімітами, вказаними в Програмі та Страховою сумою.
8.7. Страховик не сплачує витрати в передбаченому Договором страхування порядку, які виникли поза межами терміну дії страхового покриття або достроковому припиненні дії Договору по відношенню до Застрахованої особи.
8.8. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.
8.9. Термін та порядок здійснення страхових виплат медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами.
8.10. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії Договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування та загальної страхової суми за Договором загалом.
8.11. Страхові виплати здійснюються в національній валюті України.

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо:
9.1.1. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) вчинили навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена форма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цивільного чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій

Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
9.1.2. Застрахованою особою вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку;
9.1.3. Застрахована особа несвоєчасно повідомила про настання страхового випадку без поважних на це причин або створювали Страховикові перешкоди у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування та/або перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
9.1.4. Страхувальник відмовляється передати Страховику отриману згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформлені по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню.
9.1.5. в інших випадках передбачених законодавством України.
9.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема, але не виключно:
9.2.1. Страхувальник (Застрахована особа) не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, передбачені ЗУСП або Договором страхування;
9.2.2. ненадання Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або законними представниками застрахованої дитини обумовлених Договором документів, зокрема, але не виключно згоди, оформленої у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України, на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан свого здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.
9.3. Страховик, при необхідності, запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком, в компетентних органах, медичних закладах, у правоохоронних органів і інших закладах і організаціях, що мають інформацію про настання та обставини страхового випадку, а також, самостійно з'ясовує причини й обставини страхового випадку. Застрахована особа зобов'язана надати Страховику усі необхідні документи. Ненадання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті як в цілому, так і в частині.
9.4. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому порядку.

10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Договір укладається в письмовій формі та підписується Сторонами за допомогою аналога власноручного підпису (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису). Зразки відповідних аналогів власноручних підписів наведені в Договорі про співпрацю (так званий «нульовий» договір), який укладений попередньо. Також Договір може бути підписаний за допомогою Кваліфікованого електронного підпису.
10.2. Для укладення Договору Страхувальник надає Страховику всі відомості щодо Застрахованої особи, необхідні для укладення Договору:
- 10.2.1. прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові;
- 10.2.2. дату народження;
- 10.2.3. місце проживання / перебування;

10.2.4. реєстраційний номер облікової картки платника податків, а у разі відсутності номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування.

10.3. Страхувальник підтверджує, що до укладання цього Договору на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії", Закону України "Про страхування" та нормативних актів Національного банку України Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені відповідними Законами та нормативними актами; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика **https://arx.com.ua** є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком.

10.4. Для Застрахованої особи відповідно до Договору сформований Сертифікат, що підтверджує факт укладення Договору на користь третьої особи та засвідчує право такої Застрахованої особи на отримання страхових послуг на умовах Договору. Страхувальник надає Сертифікат Застрахованій особі шляхом розміщення його у своєму мобільному додатку.

10.5. Страхувальник повинен повідомляти третю особу про укладений на її користь Договір страхування. Страховик не повинен очікувати протягом 30 (тридцяти) календарних днів від такої третьої особи заперечень до страхування.

10.6. Договором страхування може бути передбачена інша процедура його підписання у порядку, передбаченому діючим законодавством України.

11. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

11.1. Не визнаються страховими випадками витрати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування, крім:

11.1.1. надання невідкладної швидкої медичної допомоги в межах ліміту, визначеному Програмою;

11.1.2. дистанційних (телемедичних) консультацій, в межах ліміту, визначеному Програмою.

11.2. Не визнається страховим випадком будь-яка медична допомога з приводу:

11.2.1. СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани;

11.2.2. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;

11.2.3. онкологічні захворювання (доброякісні, в тому числі шкіри та придатків шкіри, та злоякісні новоутворення), цукровий діабет, окрім діабетичної коми, туберкульоз;

11.2.4. лепра;

11.2.5. вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки;

11.2.6. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

11.2.7. психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади;

11.2.8. вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання;

11.2.9. вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки;

11.2.10. аменорея, гіпоменорея, гіперменорея (окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги), гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевої функції,

11.2.11. будь – які послуги спрямовані на настання та ведення вагітності та пологів (окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги);

11.2.12. TORCH - інфекції та носійство;
11.2.13. венеричні захворювання та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом;
11.2.14. алергічні захворювання, окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке;
11.2.15. хронічна ниркова та печінкова недостатність;
11.2.16. ендокринні захворювання;
11.2.17. захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо), окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги;
11.2.18. хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, геморой будь-якої стадії);
11.2.19. дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
11.2.20. системні захворювання сполучної тканини;
11.2.21. захворювання крові та анемії;
11.2.22. мігрень (як основне захворювання);
11.2.23. епілепсія, окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги;
11.2.24. дерматологічні захворювання;
11.2.25. гінекологічні захворювання, а саме кісти і поліпи жіночих статевих органів, ерозії, дисплазії, ектропіони шийки матки, аденоміоз, ендометріоз, фіброміома, міома матки та придатків, тощо, окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги;
11.2.26. косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури;
11.2.27. будь-які оперативні втручання, очні консультації лікарів, будь-яка діагностика та будь-які послуги, медикаменти та товари медичного призначення, окрім включених в опції згідно п. 3.12;
11.2.28. будь-яка стоматологічна допомога;
11.2.29. екстракорпоральні методи лікування: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.;
11.2.30. будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком;
11.2.31. надання медичної допомоги внаслідок спортивних тренувань та змагань на професійному рівні, окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги;
11.2.32. захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов’язаних з невиправданим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав);
11.2.33. захворювання та травми, що настали внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу в тому числі загибель або отримання травм Застрахованою особою виключно в результаті прямого та/або опосередкованого впливу ракет, безпілотних літальних апаратів будь-яких типів (надалі – БПЛА) та/або їх уламків, літальних боєприпасів, засобів протиповітряної оборони, засобів протиракетної оборони, якщо на дату настання випадку територія страхування буде знаходитись в межах територіальних громад, що не входять до територій, на яких ведуться (велися) бойові дії, територій активних або можливих бойових дій, територій України, тимчасово окупованих російською федерацією.
11.2.34. захворювання та травми, що настали внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов’язані з виконанням громадського чи службового обов’язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.2.35. захворювання та травми у випадку подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації.

11.3. Страховик не організовує та не здійснює фінансування:

11.3.1. імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів, корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкцій для остеосинтезу, в т.ч. фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, наборів для артроскопії, стентування, коронарографії, небулайзери.

11.4. Обмеження страхування:

11.4.1. Не можуть бути застраховані особи, які не є клієнтами Страхувальника.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Спори за Договором вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

12.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше п'ятнадцяти днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати сорока п'яти днів.

12.3. Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв’язку через контактний центр Страховика за телефоном 0 800 30 272 3 (цілодобово) чи письмовим на електронну пошту: **unit-settlem-losses-ukr@arx.com.ua** або засобами поштового зв’язку на адресу 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, 8. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім’я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв’язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

12.4. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту **nbu@bank.gov.ua**, використовуючи спеціальну форму **https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection**; або на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0-800 505 240), а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

12.5. В Договорі страхування Страховик може передбачити особливі умови та правила щодо порядку вирішення спорів за умови, що вони не суперечать чинному законодавству України.

13. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

13.1. При виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто, за телефоном до Страховика (його представника) або Асистансу, за допомогою електронної пошти, чату на веб-сайті Страховика, мобільного застосунку «MyARX», програм-месенджерів,

відомості про яких наведені в Договорі страхування / страховому полісі (страховому свідоцтві, сертифікаті), або у інший спосіб, передбачений в Договорі страхування:

13.1.1. Для отримання «Дистанційного консультування лікаря» Застрахована особа має звернутися у чат-бот Асистансу.

13.1.2. Для виклику швидкої та невідкладної медичної допомоги, а також консультацій з інших медичних питань - звернутися до Асистансу за телефоном (044) 498 03 06.

14. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

14.1. Наповнення Програм страхування:

Назва програми страхування	**Приват PRO**	**Спільна PRO**
Страхова сума на Застраховану особу	10 000 грн. на рік	10 000 грн. на рік
Страхова сума за Договором страхування	10 000 грн. на рік	30 000 грн. на рік
Кількість Застрахованих осіб	1	1-5
«Медичний консьєрж»	без ліміту	без ліміту
«Дистанційні консультації лікаря» (ТМК)	5 (п'ять) консультацій на місяць	5 (п'ять) консультацій на місяць на всіх Застрахованих осіб за Договором
«Невідкладна швидка медична допомога»	1 (один) виклик на місяць	1 (один) виклик на місяць на всіх Застрахованих осіб за Договором
Річний страховий тариф	1,848%	1,848%
Страховий платіж на місяць	15,40 грн.	46,20 грн.

15. ІНШІ УМОВИ

15.1. Страхування здійснюється на підставі ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) у тому числі за класом 2 – страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування), дата внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії 24.04.2024. Актуальність відомостей щодо ліцензії АТ "СК "АРКС" та дані про внесення до Державного реєстру фінансових установ можуть бути перевірені за ідентифікаційним номером Страховика на сайті державного органу, який здійснює регулювання страхового ринку - Національного банку України за посиланням: **https://kis.bank.gov.ua/**, де розміщена інформація про небанківські фінансові установи.

15.2. Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування складає до 60% включно від страхового тарифу, може бути зменшена та зазначається в Договорі страхування.

15.3. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору та таємницею страхування (далі - Конфіденційна Інформація).

15.4. Конфіденційна Інформація може бути розголошена виключно у випадках передбачених чинним законодавством України та виключно для виконання Договору страхування та за погодженням Сторін.

15.5. До Конфіденційної Інформації, зокрема відноситься будь-яка та вся інформація, що міститься в документах та будь-яких інших носіях, якими Сторони обмінюються в ході виконання Договору, а також будь-яка інформація, яка повідомлена Стороні, або про яку Сторона дізналась прямо або опосередковано в результаті виконання Договору і яка будь-яким чином стосується однієї із Сторін.

15.6. Конфіденційною за даним Договором визнається в тому числі, але не виключно, інформація про стан здоров'я Застрахованої особи.

15.7. Страхувальник поінформований, що Страховик не надає страхове покриття / не виплачує страхове відшкодування за Договором / не встановлює та/або продовжує ділові відносини / не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних із провадженням терористичної діяльності, або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб, та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту Договору, після того як зазначені в цьому пункті Договору санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке саме правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

15.8. Страхувальник, шляхом підписання Договору страхування надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), та ПД осіб, що підписали Договір з метою виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або Договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг Асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу.

15.9. Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору страхування отримав від Застрахованої особи (Застрахованих осіб) згоду бути застрахованою особою з метою можливості користування страхуванням, що доступне в межах послуги Банку "Підписки" та Застрахована особа повідомлена, що Банк передає Страховику його персональні дані, зокрема прізвище, ім'я і по батькові, дату народження, паспортні дані, ідентифікаційний номер і місце проживання з метою укладення Договору страхування на користь Клієнта з метою укладення договору страхування та його виконання Страховиком.

15.10. Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, тощо.

15.11. Страхувальник повідомив Страховику перед укладенням Договору страхування всю необхідну інформацію, яка має істотне значення для прийняття страховиком рішення про укладення договору страхування, уключаючи:

15.11.1. відомості про об'єкт страхування. Страхувальник не має інших чинних договорів страхування, укладених щодо об'єкта страхування за цим Договором;

15.11.2. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

15.11.3. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування.

15.12. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує, що для ознайомлення Застрахованої особи інформація про умови страхування розміщена в мобільному додатку Страхувальника.

15.13. Сторони визнають та підтверджують, що вони проводять політику повної нетерпимості до діянь, предметом яких є неправомірна вигода, в тому числі до корупції, яка передбачає повну заборону неправомірної вигоди та здійснення виплат за сприяння або спрощення формальностей у зв'язку з господарською діяльністю, наданням послуг, забезпечення більш швидкого вирішення тих чи інших питань. Сторони керуються у своїй діяльності застосовним законодавством і розробленими на його основі (у разі розроблення) політикою та

процедурами, спрямованими на боротьбу з діяннями, предметом яких є неправомірна вигода і, зокрема, корупція.
15.14. Сторони гарантують, що їм, їхнім працівникам (у разі наявності) заборонено пропонувати, давати або обіцяти надати будь-яку неправомірну вигоду (грошові кошти, цінні подарунки тощо) будь-яким особам (включаючи, серед іншого, службовим особам, уповноваженим особам юридичних осіб, державним службовцям тощо), а також вимагати отримання, приймати або погоджуватися прийняти від будь-якої особи прямо чи опосередковано будь-яку неправомірну вигоду (грошові кошти, цінні подарунки тощо).
15.15. У разі виникнення у Сторони підозри, що відбулося або може відбутися порушення будь-яких антикорупційних умов Договору та/або антикорупційного законодавства з боку іншої Сторони та/або її працівників (у разі наявності) відповідна Сторона зобов'язується негайно повідомити іншу Сторону про це у письмовій формі. У такому повідомленні Сторона зобов'язана зробити посилання на факти або надати матеріали (їх копії), що достовірно підтверджують або дають підставу припускати, що відбулося або може відбутися порушення будь-яких положень антикорупційних умов Договору та/або антикорупційного законодавства іншою Стороною та/або її працівниками.
15.16. Підписанням Договору Страхувальник-фізична особа підтверджує, що ані він, ані члени його сім'ї, ані його інші близькі родичі не є політично значущими особами згідно з Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (зокрема особами, які виконують або виконували в Україні чи в іноземних державах визначні публічні функції або публічні функції в міжнародних організаціях), а Страхувальник-юридична особа підтверджує, що такими політично значущими особами або членами їхніх сімей, або іншими їхніми близькими родичами не є фізичні особи, які прямо або опосередковано володіють часткою у розмірі 25 і більше відсотків його статутного капіталу, або 25 і більше відсотків акцій або прав голосу в ньому, або які мають прямий або опосередкований вплив на нього. Страхувальник також підтверджує, що до політично значущих осіб не належать застраховані особи та/або Вигодонабувач(і) за цим Договором (у разі їх наявності). Крім того, Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, тощо. Інакше Страхувальник повідомляє Страховика про такий факт шляхом надання відповідної інформації в анкеті (опитувальнику) та/або в письмовому/усному вигляді до моменту підписання Договору. У разі настання суттєвих змін в інформації, наданій анкеті (опитувальнику), в тому числі у разі настання суттєвих змін в діяльності та поданих документах (в разі зміни кінцевого бенефіціарного власника, керівника, місцезнаходження; закінчення строку (припинення) дії, втрати чинності чи визнання недійсними поданих документів; втрати чинності / обміну ідентифікаційного документа клієнта (представника клієнта); встановлення факту належності клієнта (або кінцевого бенефіціарного власника клієнта) до політично значущих осіб, членів їхніх сімей, або осіб, пов'язаних із політично значущими особами) Страхувальник зобов'язаний інформувати Страховика про такі факти та надати Страховику оновлену анкету (опитувальник) із зазначенням таких змін та документи, що підтверджують ці зміни, протягом 3 (трьох) робочих днів з дати їх настання.
15.17. Підписанням Договору Страхувальник надає Страховику та/або страховому посереднику згоду на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, яка стала їм відома під час укладення та виконання Договору, третім особам, у тому числі іноземним суб'єктам відносин, відповідно до вимог чинного законодавства. Таке розкриття може стосуватися, але не обмежується: факту укладення договору та його умовами, факту і дати реєстрації або настання страхового випадку, типу страхового випадку, внутрішнього номера страхової справи, рішення щодо врегулювання страхового випадку, факту та суми виплати страхового відшкодування, а також іншої інформації, необхідної для цілей, визначених цим Договором та законом. Розкриття інформації здійснюється виключно з метою: запобігання та виявлення страхового шахрайства; перевірки достовірності заяв / повідомлень, виконання вимог законодавства, виконання Договору та інших договорів, у тому числі договорів

перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику та/або страховому посереднику законодавством або Договором; забезпечення податкових, бухгалтерських, фінансових, аудиторських відносин; надання послуг Асистансу; проведення маркетингових, статистичних та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу, визначення місцезнаходження застрахованого майна/засобу, але не обмежуючись зазначеним. Страхувальник підтверджує, що не матиме претензій до Страховика та/або страхового посередника щодо такого розкриття інформації, що становить таємницю страхування, у випадках та в обсязі, передбачених цим Договором та чинним законодавством. В будь-якому разі така згода щодо розголошення таємниці страхування не поширюється на звернення, що надходитимуть до Страховика / страхового посередника від державних органів, установ, організацій та інших третіх осіб, не пов'язаних із виконанням умов Договору.

15.18. Кореспонденція, повідомлення від Страховика Страхувальнику та/або Застрахованій особі/Вигодонабувачу надсилаються на поштову адресу або адресу електронної пошти Страхувальника (його представника) та/або Застрахованої особи/Вигодонабувача, що вказані в Договорі або в Заяві на виплату (Повідомленні), отриманій під час звернення на контакт центр Страховика або письмового звернення до Страховика, інших документах, отриманих Страховиком від Страхувальника (його представника) та/або Застрахованої особи/Вигодонабувача або надсилаються на адресу (поштову або електронну) Страхувальника (його представника) та/або Застрахованої особи/Вигодонабувача, або надсилаються будь-яким іншим способом, коли Страховик об'єктивно може підтвердити факт направлення кореспонденції, повідомлення Страхувальнику та/або Застрахованій особі/Вигодонабувачу. Кореспонденція, повідомлення Страховика Страхувальнику (його представнику) та/або Застрахованій особі/Вигодонабувачу можуть бути підписані, в тому числі, але не виключно, з використанням кваліфікованого електронного підпису представника Страховика.