

Ця пропозиція про укладення Договору добровільного медичного страхування (Оферта) складена відповідно до Правил № 015 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (нова редакція) та Правил № 028 Добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, із дотриманням вимог Законів України "Про страхування", "Про електронні документи та електронний документообіг", "Про електронні довірчі послуги" та "Про електронну комерцію".

1. СТРАХОВИК

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС»

Адреса: 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, 8.

Код ЄДРПОУ 20474912

Свідцтво про реєстрацію фінансової установи СТ №108 від 17.09.2009 року

<https://arx.com.ua/>

1.1. ПОВІРЕНИЙ

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК»

01001, Україна, м. Київ, вул. Грушевського, 1

На підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг № 000007451П від 17 листопада 2017 року.

<https://privatbank.ua/>

2. СТРАХУВАЛЬНИК

Дієздатна фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, яка акцептувала цю оферту відповідно до її умов та згідно положень Закону України «Про електронну комерцію», підписавши Акцепт до цього договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором або власноручним підписом фізичної особи, створеним на екрані електронного сенсорного пристрою, і яка такими діями укладає Договір на користь себе або іншої третьої особи.

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

Застрахована особа - фізична особа-резидент, про страхування якої укладено даний Договір, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування. Застрахованою особою може бути Страхувальник у разі укладання Договору на свою користь або інша фізична особа за призначенням Страхувальника. Застрахованою особою може бути особа віком від 1 (одного) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно).

На страхування не приймаються особи, які є особами з інвалідністю по онкологічному захворюванню, онкологічними хворими, хворими на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

Також, не приймаються на страхування особи, які (яким):

- Піддаються або піддавалася впливу радіації / ядерного випромінювання, токсичних або канцерогенних речовин при виконанні своїх професійних обов'язків;
- Викиркують на щоденній основі більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинові жувальні гумки/пластирі, трубки/скручений табак або інші замінники нікотину.
- Вживають алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) в тиждень.
- Проводились за останні 12 місяців якісь операції, або знаходились на стаціонарному лікуванні (виключення: апендектомія, стоматологічні операції, геморої, тонзилектомія, переривання вагітності, операція на венах).
- Мають на даний час або мали раніше (за останні 10 років):
 - Якісь результати аналізів чи онкологічних висновків (аномальний тест PAP або CIN тощо), що потребують подальшого обстеження (чи лікування);
 - онкологічні захворювання, включаючи передракові пухлини, доброякісні чи злоякісні пухлини шкіри (включаючи кісти та будь-які новоутворення), пухлини щитоподібної залози, доброякісні або злоякісні пухлини мозку, полікістоз нирок, карциному і меланому in situ, рак крові / лейкомію.
- Мають захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона.
- Проводились хірургічне втручання та госпіталізація у зв'язку з пересадкою кісткового мозку.
- Коли-небудь був діагностований вірус папіломи людини, вірус Епштейн-Барра

Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховика про обставини, зазначені у цьому пункті, або повідомив про Застраховану особу завідомо неправдиві відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті та припинити дію Договору страхування стосовно таких осіб, або вимагати визнання Договору страхування недійсним щодо таких осіб.

У випадку виявлення невідповідності особистих даних та даних застрахованих осіб, зазначених в Акцепті та медичній Декларації, реальним даним, то СК має право відмовити у наданні страхової виплати (оплати медичних послуг). СК має право відмовити, якщо недостовірні дані зазначені в Акцепті та/або в медичній Декларації, незалежно від того, здійснено це навмисно або по

необережності, або не знаючи про це. При цьому страхові платежі не повертаються. Страховальник це розуміє, повністю і беззаперечно згодний з цим, розуміє наслідки.

4. ВИГОДОНАБУВАЧ

Вигодонабувачем за цим Договором страхування є Застрахована особа.

5. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ

Програма страхування - комплекс опцій, конкретних умов страхування, набір медичних та інших послуг та видів допомоги розроблений компанією **Madanes Advanced Healthcare Services Ltd** та запропонований Страховиком та обраний Страховальником при укладенні цього Договору страхування.

Нешасний 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), призвів до тимчасової або постійної втрати працездатності Застрахованої особи або настала її смерть.

Травма - пошкодження, завдане тілу Застрахованої особи.

Захворювання - будь-які зміни в стані здоров'я людини, не пов'язані з нещасними випадками, діагноз і підтвердження яких виконані лікарем, офіційно зареєстрованим в даному виді діяльності.

Захворювання включатиме в себе всі пошкодження або наслідки, що виникли на тлі одного діагнозу, а також всі види нездужань, пов'язаних з однією причиною або групою взаємопов'язаних причин. Якщо нездужання виникло внаслідок тієї ж причини, яка викликала попереднє захворювання, або внаслідок спорідненої причини, дане захворювання буде вважатися продовженням попереднього захворювання, а не окремим захворюванням.

Попередні стани - будь-які захворювання, які були діагностовані, щодо яких було проведено лікування, або які проявилися разом з пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами, підтвердженими записами лікарів, лабораторними та інструментальними дослідженнями протягом 10 років до дати початку дії Договору.

Альтернативна медицина - системи, практики і продукти медицини і охорони здоров'я, які в даний час не визнаються як частина загальноприйнятої медицини або стандартних схем лікування. До них відносяться, зокрема акупунктура, ароматерапія, хіропрактика, гомеопатія, натуропатія та остеопатія.

Експериментальні методи лікування - лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань.

Лікарські препарати - будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта.

Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату.

Неінвазивний рак або рак «in situ» - злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини.

Церебральний синдром - наявність церебрального порушення або пошкодження головного мозку, яке призвело до часткового або повного порушення функцій мозку.

Операція - інвазивна хірургічна процедура - проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. В тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного променя, для діагностики і лікування, а також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

Хірург - фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у Країні призначення в якості "фахівця з хірургії".

Лікар - спеціаліст (експерт) у певній галузі медицини, який на законних підставах уповноважений здійснювати медичну практику у Країні призначення.

Лікарня - це лікувальний заклад або клініка, на законних підставах уповноважена на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащена медичним обладнанням, необхідним для діагностики та оперативних втручань та укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

Госпіталізація - цілодобове перебування в лікарні або клініці.

Супроводжуюча особа - особа, яка супроводжує Застраховану особу до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованої особи в Країні призначення. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг.

Імплантат - будь-який штучний або природний орган або частина природного органу або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого в тіло Застрахованої особи за допомогою операції, яку охоплює Договір Страхування, за винятком: вставного зубу, зубного імплантату.

Період очікування - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів/свідчень (ознак) настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (злоякісне новоутворення), в тому числі трансплантації кісткового мозку для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) - не буде підставою для отримання будь-яких виплат по Договору протягом терміну дії Договору. Страхове покриття починає діяти після закінчення Періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування при укладанні Договору на перший рік страхування або відновлення відповідальності Страховика за Договором страхування у випадку застосування пільгового періоду

(в тому числі для пролонгованих Договорів). При безперервній пролонгації Договору страхування на другий і наступні страхові роки та сплаті страхових платежів згідно віку Застрахованої особи за програмами, «Період очікування» не застосовується.

Страхова подія, що напустила в період очікування, не покривається Програмою страхування.

Репатріація - повернення тіла Застрахованої особи до країни проживання, у випадку, якщо Застрахована особа помирає протягом курсу лікування і її тіло все ще знаходиться в Країні призначення впродовж до 10 днів після завершення лікування. Репатріація здійснюється представником Страховика – компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування.

Франшиза - сума, що сплачується лікувальному закладу безпосередньо Застрахованою особою, як оплата частини вартості лікування.

Сплачена/ не сплачена (заявлена) страхова виплата - вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені або ще не сплачені Страховиком/представником Страховика згідно умов Договору страхування.

Страхова виплата здійснюється у рамках страхової суми та лімітів, шляхом оплати вартості медичних та інших послуг, передбачених умовами даного Договору.

Норматив на ведення справи - норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 40% від страхового платежу.

Виключення - певні ситуації або стани, що не покриваються Договором і за якими у Страховика відсутнє зобов'язання здійснювати страхову виплату.

Медична декларація - заява-опитувальник, який Застрахована особа або Страхувальник повинні заповнити та підписати перед укладенням Договору в електронній формі з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» або власноручним підписом фізичної особи, створеним на екрані електронного сенсорного пристрою. Медична декларація є невід'ємною частиною Договору страхування та викладена в Акцепті. У разі прийняття на страхування неповнолітніх дітей ця форма може бути заповнена і підписана Страхувальником або законним опікуном Застрахованої особи.

Країни призначення – країни, де Застрахована особа, відповідно до Договору Страхування, має право на отримання медичної допомоги.

Неповнолітня особа – це Застрахована особа, яка не досягла 18 (вісімнадцяти) років.

Резидент – фізична особа, яка перебуває в Україні понад 183 днів протягом року та може бути застрахована за даним Договором страхування.

Пролонгація Договору страхування - укладання Договору страхування на новий період за умови, що між датою закінчення дії попереднього договору та датою початку дії нового Договору не було перерви. При безперервній пролонгації Договору страхування на другий і наступні страхові роки та сплаті страхових платежів згідно віку Застрахованої особи за програмами страхування, «Період очікування» не застосовується.

Пільговий період для сплати чергового страхового платежу без розірвання Договору страхування - період часу тривалістю від 31 (тридцять першого) до 90 (дев'яностого) календарних днів, який визначається, як заборгованість Страхувальника по сплаті чергового страхового платежу з 00-00 годин дня наступного за днем зазначеним в п. 11.1 (при пролонгації Договору) та п. 11.2 Акцепту, як строк сплати чергового (другого та наступного) платежу.

Терористичні акти - дії, до яких, зокрема, відноситься застосування сили або насильства та/ або погроз такого застосування, що здійснюються особою або групою (-ами) осіб самостійно, від імені або у взаємозв'язку з будь-якою організацією (-ями) або урядом (ми), які здійснюються в політичних, релігійних, ідеологічних або аналогічних цілях, в т. ч. з наміром вплинути на будь-який уряд та/ або викликати у громадськості або будь-якої частини громадськості страх; або використання будь-яких біологічних, хімічних, радіоактивного або ядерних речовин, матеріалів, пристроїв або зброї.

Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту - це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

Послуга «Медичний консьерж-сервіс» - послуга, що включає всі заходи по організації лікування Застрахованої особи в зв'язку з підтвердженням страховим випадком. Послуга передбачає загальний контроль ведення справ, а також допомогу в організації проїзду і проживання для Застрахованої особи і особи, що її супроводжує, якщо інше не передбачено програмою страхування.

Контакт-центр СК «ARX» - підрозділ Страховика, до якого Застрахована особа чи її представник може звернутись при настанні страхового випадку за наступними контактами:

0 800 30 272 3 - в межах України; Месенджери: Телеграм або Вайбер, arx.com.ua/kontakty

Компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd - компанія (представник Страховика), зареєстрований офіс якої розташований за адресою: Ізраїль, Тель-Авів 67060, вул. Хашлоша д.2, номер компанії 515078145, яка здійснює всі заходи з організації медичних послуг Застрахованим особам передбачених Програмою страхування.

6. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

6.1. Предметом Договору є страхування майнових інтересів Страхувальника, що не суперечать Закону та пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи. Згідно умов цього Договору Страховик зобов'язується здійснювати організацію та фінансування медичної допомоги та медичних послуг, передбачених умовами Договору, наданих Застрахованій особі відповідно до Програми добровільного медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору.

7. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

7.1. Страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася із Застрахованою особою, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються умовами Програми страхування. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються до одного страхового випадку.

7.2. Страховим випадком визнається злоякісне новоутворення, відповідно до визначення у п. 7.3.1 даної Програми страхування, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування.

7.3. Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування по Програмах страхування «Комфорт» та «Економ», відповідно до наведеного нижче переліку:

7.3.1. Рак (злоякісне новоутворення) - це будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень.

7.3.1.1. Для лікування злоякісного новоутворення внаслідок **лімфоми або лейкомії**, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, в рамках страхового покриття за страховим випадком, визначеним у п. 7.3.1 даного Договору, може бути застосовано **трансплантацію кісткового мозку** для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) з урахуванням лімітів передбачених п. 7.2 Акцепту та за умови дотримання наступних вимог:

7.3.1.1.1. два лікаря-спеціаліста у відповідній галузі медицини підтвердять потребу трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;

7.3.1.1.2. трансплантація проводиться в визнаній лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проведено трансплантація кісткового мозку;

7.3.1.1.3. трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікування з метою дослідження або розслідування;

7.3.1.1.4. трансплантація проводиться відповідно до прийнятих етичних стандартів тієї країни, де проводиться трансплантація;

7.3.1.1.5. наявність кісткового мозку, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі.

7.3.1.2. За Програмами страхування «Комфорт» та «Економ» **трансплантація кісткового мозку** для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії, за необхідності, може проводитись виключно у неповнолітніх Застрахованих осіб віком від 1 (одного) років до 18 (вісімнадцяти) років (включно).

8. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

8.1. Розмір страхової суми, страхового платежу, страхового тарифу, франшизи та обсяг страхового покриття залежить від віку Застрахованої особи та обраної Програми страхування та зазначені в п. 6 – п. 8 Акцепту та п. 8.1 даного Договору страхування.

Програми страхування	Комфорт	Економ
Річна страхова сума за страховими випадками, грн		
Лікування злоякісних новоутворень (Рак) Застрахованих осіб віком від 19 (дев'ятнадцяти) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно)	12 000 000,00	2 000 000,00
Лікування злоякісних новоутворень (Рак) Застрахованих осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно)	12 000 000,00	10 000 000,00
В тому числі: трансплантація кісткового мозку (далі - ТКМ) на лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкемії для дітей від 1 (одного) до 18 років (включно)	в межах загальної страхової суми, без додаткових сублімітів	8 000 000,00
В тому числі: витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ для дітей віком від 1 до 18 років		2 000 000,00
Річні страхові платежі згідно вікової категорії* Застрахованої особи, грн		
1-18 років (включно)	2 268,00	1 068,00
19-30 років (включно)	2 520,00	1 200,00
31-40 років (включно)	3 600,00	1 800,00
41-50 років (включно)	7 200,00	3 600,00
51-60 років (включно)	18 000,00	9 000,00
61-69 років (включно)	30 000,00	16 800,00
Місячні страхові платежі згідно вікової категорії* Застрахованої особи, грн		
1-18 років (включно)	189,00	89,00
19-30 років (включно)	210,00	100,00
31-40 років (включно)	300,00	150,00
41-50 років (включно)	600,00	300,00
51-60 років (включно)	1 500,00	750,00
61-69 років (включно)	2 500,00	1 400,00
Річні страхові тарифи згідно вікової категорії* Застрахованої особи, %		
1-18 років (включно)	0,0189	0,01068
19-30 років (включно)	0,021	0,06

31-40 років (включно)	0,03	0,09
41-50 років (включно)	0,06	0,18
51-60 років (включно)	0,15	0,45
61-69 років (включно)	0,25	0,84

*Вік Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладання/переукладання Договору страхування.

8.2. Страхова сума є зменшуваною (агрегатною) страховою сумою, що розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору страхування та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом 365 днів з дати визнання випадку страховим, якщо він стався в період дії Договору незалежно від дати його визнання. Якщо страхова сума буде використана повністю протягом 365 днів з дати визнання випадку страховим, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором страхування припиняється.

У разі настання страхового випадку за цим Договором страхування, Договір страхування не поновлюється на наступний страховий період, а діагностика та/або лікування проводиться протягом 365 днів з дати визнання випадку страховим, навіть якщо термін дії Договору, в якому стався страховий випадок, закінчився.

8.3. При пролонгації Договору страхування Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до встановлених Договором страхування окремих лімітів страхових сум та/або страхових тарифів, здійснювати відповідне зменшення або збільшення страхових платежів.

8.4. При пролонгації Договору страхування та одночасній зміні вікової категорії Застрахованої особи для збереження страхового покриття за програмою страхування, Страхувальнику необхідно самостійно здійснити перехід на іншу вікову категорію підписавши Акцепт зі страховим платежем згідно своєї вікової категорії та встановити відповідний «Регулярний платіж» в Особистому кабінеті «Приват24».

8.5. У випадку, якщо при пролонгації Договору страхування на наступний річний страховий період, Страхувальник самостійно не здійснив перехід на іншу вікову категорію - Договір страхування припиняє свою дію автоматично з дня, наступного після закінчення річного страхового періоду в якому відбулася зміна вікової категорії. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий платіж у строк або перший платіж при пролонгації Договору, передбачений п. 11.1 та п. 11.2 Акцепту, Страховик надає пільгові умови покриття протягом 30 (тридцяти) календарних днів для сплати цього страхового платежу.

8.6. Страховик визнає випадок страховим, якщо він стався протягом даного періоду (з врахуванням періоду очікування) та якщо фактична сплата страхового платежу за цей період страхування відбулася до настання страхової події (діагностики захворювання, звернення до страхової компанії). У разі, якщо заборгованість триває від 31-го до 90 днів (пільговий період щодо сплати чергового страхового платежу без розірвання Договору страхування – далі «пільговий період»), відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими умовами даного Договору страхування, автоматично призупиняється з 00-00 годин 31-го дня від дати зазначеної в п. 11.1 (при пролонгації Договору) та п. 11.2 Акцепту, як строк сплати чергового (другого та наступного) платежу.

8.7. Відповідальність Страховика за даним Договором страхування може бути відновлена протягом пільгового періоду шляхом сплати чергового страхового платежу згідно п. 9.1 Акцепту. В цьому випадку, відповідальність Страховика буде вважатися відновленою з дати сплати чергового страхового платежу і за умови застосування нового періоду очікування. Відновлення відповідальності Страховика за несплачений період шляхом оплати платежу в період заборгованості неможливий.

8.8. У разі необхідності отримання страхової виплати після виникнення заборгованості та відновлення відповідальності Страховика в пільговий період, Застрахованій особі необхідно надати підтвердження сплати чергових страхових платежів після заборгованості та медичні документи для підтвердження попередньої дати настання страхового випадку.

8.9. Пільговий період для сплати чергового страхового платежу без розірвання Договору страхування - період часу тривалістю від 31 (тридцять першого) до 90 (дев'яностого) календарних днів, який визначається, як заборгованість Страхувальника по сплаті чергового страхового платежу з 00-00 годин дня наступного за днем зазначеним в п. 11.1 (при пролонгації Договору) та п. 11.2 Акцепту, як строк сплати чергового (другого та наступного) платежу.

8.10. Страхові платежі сплачуються у грошовій одиниці України.

9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

9.1. Договір укладається в електронній формі за встановленим Страховиком зразком. Сторони дотримуються положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері електронної комерції під час вчинення електронних правочинів.

9.2. Договір страхування складається з цієї пропозиції Страховика укласти договір (Оферти) та прийняття цієї пропозиції Страхувальником (Акцепту).

9.3. Оферта підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Страхувальник приймає її шляхом підписання Акцепту, складеного у формі, встановленій Страховиком.

9.4. Оферта направляється Страхувальнику одним зі способів, передбачених п. 4. ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію». Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування умов цієї Оферти в електронній формі з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» або власноручним підписом фізичної особи, створеним на екрані електронного сенсорного пристрою.

9.5. Для укладення Договору Страхувальнику необхідно зайти на WEB-сторінку Повіреного в мережі "internet" за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою <https://www.privat24.ua/> або до інформаційно-телекомунікаційної системи, обрати бажані і передбачені для обрання в Акцепті умови страхування, зазначити інформацію про себе, свій номер мобільного телефону та адресу електронної пошти в мережі "internet", а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з умовами Оферти, Правил, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних та отримання згоди на страхування від Застрахованих осіб. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір.

9.6. Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування. Акцепт, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

9.7. Для підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону. Перед підписанням Акцепту Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці в програмному комплексі (інформаційно-телекомунікаційній системі, програмному забезпеченні, на WEB-сайті тощо) Страховика або

Повіреного та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Акцепту. Договір також може бути підписаний в тому числі, але не виключно, власноручним підписом фізичної особи, створеним на екрані електронного сенсорного пристрою та нерозривно пов'язаним з електронним документом, підписаним цим підписом на електронному пристрою із сенсорним екраном, на якому особа може створити власноручний підпис.

9.8. Після підписання Акцепту Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж в повному обсязі або у частині згідно п. 9. Акцепту.

9.9. Підписаний страхувальником Акцепт, що містить електронний підпис одноразовим ідентифікатором, зі сторони Страховика від його імені підписує Повірений в особі свого уповноваженого співробітника шляхом накладення кваліфікованого електронного підпису.

9.10. Після підписання Акцепту зі сторони Страховика, Страхувальник має можливість отримати підписаний Сторонами примірник Акцепту у персональному кабінеті, який відкрито ним на офіційному ресурсі Повіреного <https://www.privat24.ua/>. Копія цієї Оферти в електронній формі є доступною на веб-сторінці Страховика в мережі "internet" <https://arx.com.ua/documents/privatbank>. Разом Акцепт та Оферта підтверджують укладення Договору. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

9.11. Договір складається з Оферти та Акцепту і є укладеним в письмовій формі з вчиненням електронного правочину відповідно до ст. 16 Закону України «Про страхування», ст.- ст. 3, 11,12 Закону України «Про електронну комерцію».

10. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Договір укладається на один рік.

10.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, згідно п. 9 Акцепту, але не раніше дати зазначеної в п. 4.1. Акцепту, та діє до 24-00 години дня, зазначеного в п. 4.2. Акцепту, як дата закінчення його дії.

10.3. Якщо страховий платіж за Договором сплачується частинами, то другу та кожну наступну частину страхового платежу Страхувальник повинен сплачувати не пізніше дня, зазначеного в п. 11.2. Акцепту, як дата граничного терміну сплати відповідної чергової частини страхового платежу.

10.4. Договір страхування може бути автоматично пролонгований (продовжений) на кожний наступний рік (12 місяців) за згодою Страхувальника на умовах, що діють на момент укладення первинного договору страхування, якщо вік Застрахованої особи не перейшов до іншої вікової категорії, згідно в п. 8.1 даного Договору страхування, відповідно до якої Страхувальник має сплачувати інший розмір страхового платежу. Строк дії Договору продовжується на кожні наступні 12 (дванадцять) місяців з 00-00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії Договору. У випадку пролонгації Договору страхування та одночасній зміні вікової категорії Застрахованої особи, Страхувальник повинен керуватись умовами викладеними в п. 8.3 - 8.5 даного Договору страхування.

10.5. Договір страхування продовжує свою дію на наступні 12 місяців, якщо Страхувальник сплачує страховий платіж на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі, згідно п. 8.1 даного Договору страхування, і таким чином підтверджує свою згоду на пролонгацію Договору за умовами, викладеними в даному Договорі страхування. Факт оплати Страхувальником страхового платежу на відповідний наступний період страхування по Договору є підтвердженням прийняття Страхувальником умов тієї редакції Оферти, що була опублікована та діє на момент здійснення такої оплати.

10.6. Страховик має право відмовити в пролонгації Договору страхування шляхом повідомлення про це Страхувальника за 30 робочих днів до закінчення терміну дії Договору страхування.

10.7. Договір страхування не може бути продовжений, з року наступного за датою досягнення Застрахованою особою віку 70 повних років.

10.8. Страхове покриття на перший рік страхування для визначених умовами даного Договору критичних захворювань (станів), а саме: «Рак (злоякісне новоутворення)», в тому числі трансплантація кісткового мозку для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфому або лейкомії для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) згідно пункту 7.3.1, вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування або відновлення відповідальності Страховика за Договором страхування у випадку застосування пільгового періоду, зазначеного в п. 5 Акцепту.

11. ТЕРИТОРІЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ЛІКУВАННЯ

11.1. В залежності від обраної Програми страхування, територією надання Застрахованій особі послуг з лікування захворювань та/або станів, визначених в п. 7.3 даного Договору є:

11.1.1. За Програмою страхування «Комфорт» територією надання послуг з лікування злоякісних новоутворень, визначених п. 7.3.1 даного Договору **для осіб віком від 1 (одного) до 69 (шістдесят дев'яти) років (включно)** є Україна, але у разі, якщо лікування в Україні є неможливим, а саме, якщо дотримано як мінімум дві умови з зазначених в п.11.2 даного Договору, в такому разі, територією надання послуг є Ізраїль, Іспанія, Туреччина або Польща, за погодженням Страховика (крім територій України та інших держав, на яких органи визнаної державної влади України та відповідних держав тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження на момент настання події, що має ознаки страхового випадку).

11.1.2. За Програмою страхування, «Економ» територією надання послуг з лікування злоякісних новоутворень, визначених п. 7.3.1 даного Договору:

11.1.2.1. для осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) є Україна, але у разі, якщо лікування в Україні є неможливим, а саме, якщо дотримано як мінімум дві умови з зазначених в п.11.2 даного Договору, в такому разі, територією надання послуг є Ізраїль, Іспанія, Туреччина або Польща, за погодженням Страховика (крім територій України та інших держав, на яких органи визнаної державної влади України та відповідних держав тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження на момент настання події, що має ознаки страхового випадку).

11.1.2.2. для осіб віком від 19 (дев'ятнадцяти) до 69 (шістдесят дев'яти) років (включно) є виключно Україна (крім територій України, на яких органи визнаної державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження на момент настання події, що має ознаки страхового випадку), але у разі, якщо лікування в Україні є неможливим, а саме, якщо дотримано як мінімум дві умови з зазначених в п.11.2 даного Договору, Страховик здійснює Застрахованій особі страхову виплату у розмірі **200 000,00 гривень (Двісті тисяч гривень 00 копійок)**.

11.1.3. За Програмами страхування «Комфорт» та «Економ» територія надання послуг у випадку проведення трансплантації кісткового мозку **для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфому або лейкомії для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно)** є увесь світ, окрім Швейцарії (крім територій України та інших держав, на яких органи визнаної державної

влади України та відповідних держав тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження на момент настання події, що має ознаки страхового випадку).

11.2. Умови за яких лікування проводиться за межами України:

11.2.1. Лікування не може бути проведено в Україні та має бути проведено негайно за кордоном, оскільки пацієнт знаходиться під загрозою смерті;

11.2.2. Лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;

11.2.3. Досвід та ноу-хау за даним захворюванням за кордоном набагато більше ніж в Україні;

11.2.4. Якщо лікування не буде проведено, то у пацієнта виникне постійна втрата працездатності (понад 80%).

12. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

12.1. У разі визнання події, про яку було повідомлено до Контакт-центр СК «ARX», страховим випадком, відбувається організація медичних та інших послуг, передбачених Застрахованій особі обраною Програмою страхування.

12.2. Відповідно до умов Програми страхування покриваються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями/станами, детально викладеними в розділі 7 даного Договору, та передбачені Програмою страхування, обраною Страхувальником:

12.2.1. Витрати на транспортування. При проведенні лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами Програми страхування - квиток економ-класу для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи, або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, від місця проживання до місця проведення діагностики та/або лікування та назад, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, де буде проведено діагностику та/або лікування. **Дана опція передбачена тільки по програмі страхування «Комфорт» для осіб віком від 1 (одного) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно) та по всім програмам страхування («Комфорт» та «Економ») для дітей віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) при лікуванні на території України та закордоном.**

12.2.2. Витрати на проживання. При проведенні діагностики та/або лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами Програми страхування - проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи, або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує в місці проведення діагностики та/або лікування. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Термін проживання Застрахованої особи та Супроводжувачої (-их) особи (-іб) обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів. **Дана опція передбачена тільки по програмі страхування «Комфорт» для осіб віком від 1 (одного) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно) та по всім програмам страхування («Комфорт» та «Економ») для дітей віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) при лікуванні на території України та закордоном.**

12.2.3. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи, в разі її смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору страхування в межах умов обраної Програми страхування, що включають в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах максимальної суми – **200 000,00 гривень (Двісті тисяч гривень 00 копійок).** **Дана опція передбачена тільки по програмі страхування «Комфорт» для осіб віком від 19 (дев'ятнадцяти) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно) та по всім програмам страхування («Комфорт» та «Економ») для дітей віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) при лікуванні закордоном.**

12.2.4. Витрати на лікування, що проводиться Застрахованій особі **віком від 1 (одного) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно)** з приводу захворювання, яке визнано страховим випадком **за програмами «Комфорт» та «Економ», а саме:**

12.2.4.1. медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах. Термін перебування в стаціонарних умовах обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів. Дане обмеження не стосується страхового покриття по трансплантації життєво - важливих органів та/або реабілітації;

12.2.4.2. огляд лікарів, в т. ч. лікарів-фахівців;

12.2.4.3. діагностичні медичні втручання, що виконуються медичними організаціями, в т. ч. лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика;

12.2.4.4. лікувальні медичні втручання в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за погодженням зі Страховиком;

12.2.4.5. трансплантація, що проводиться ліцензованим медичним закладом за Погодженням зі Страховиком;

12.2.4.6. імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантатів на суму не більше еквіваленту **600 000,00 гривень (Шістсот тисяч гривень 00 копійок) на рік на один страховий випадок;**

12.2.4.7. лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні.

12.2.5. Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури, під час та після проведення лікування здійснюються в межах загального ліміту страхової суми, передбаченого за обраною Програмою страхування. При цьому, передбачено придбання ліків, затверджених FDA (U.S. Food and Drug Administration) та EMA (European Medicines Agency). Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцяти) робочих днів.

12.2.6. Допомогу в отриманні візи, з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа. **Дана опція передбачена тільки по програмі страхування «Комфорт» для осіб віком від 1 (одного) до 69 (шістдесяти дев'яти) років (включно) та по всім програмам страхування («Комфорт» та «Економ») для дітей віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) при лікуванні закордоном.**

12.2.7. Послуги усного та письмового перекладу, що надаються Застрахованій особі у період проведення діагностики та/або лікування за межами України.

12.2.8. Страховик сплачує наступні витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг при **трансплантації кісткового мозку** Застрахованій особі віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно), **для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкозів:**

12.2.8.1. Трансплантації кісткового мозку для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкозів, яка проводиться через Постачальника послуг у визнаному у цій галузі медичному закладі, відповідно до страхових лімітів, зазначених нижче, до того часу, поки трансплантація здійснюється у лікарні, яка погоджена зі Страховиком;

12.2.8.2. Трансплантації кісткового мозку для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкозії, яка здійснюється не через Постачальника послуг, але в медичному закладі, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком, Страховик несе відповідальність в межах лімітів встановлених нижче;

12.2.8.3. Витрати на діагностику, медичне лікування та госпіталізацію у погодженій Страховиком лікарні, де здійснювалась трансплантація кісткового мозку або лікування відповідно до обраної Програми страхування;

12.2.8.4. Оплата праці лікаря-хірурга та витрати на операційну, що понесені під час трансплантації або медичного лікування відповідно до обраної Програми страхування;

12.2.8.5. Оплата госпіталізації Застрахованої особи в лікарні до 30 (тридцяти) днів перед виконанням трансплантації кісткового мозку або за медичне лікування, в межах страхової суми, та до 335 (трихсот тридцяти п'яти) днів після виконання трансплантації, в тому числі, за медичні обстеження, лабораторні аналізи та/або тести, лікарські засоби протягом всього періоду госпіталізації.

12.2.9. Страховик покриває витрати за супутні послуги, пов'язані з **трансплантації кісткового мозку** Застрахованій особі **для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкозії**, які полягають у наступному:

12.2.9.1. Пошук донорського органу/тканини, що підходить Застрахованій особі для трансплантації кісткового мозку, його збереження та транспортування до місця трансплантації в межах ліміту – **1 000 000,00 гривень (Один мільйон гривень 00 копійок)**, або покриття витрат, пов'язаних з прижиттєвим донором, в межах цієї суми (**Дана опція передбачена по всіх програмах страхування («Комфорт» та «Економ» для осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно):**

12.2.9.1.1. Лікарняні послуги, що надаються донору, в т. ч. розміщення в лікарняній кімнаті, палаті або відділенні лікарні, харчування;

12.2.9.1.2. Послуги загального медичного догляду, послуги, що регулярно надаються персоналом лікарні;

12.2.9.1.3. Лабораторні аналізи, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі видалення призначеного для трансплантації органу/тканини);

12.2.9.1.4. Хірургічне втручання та медичні послуги з видалення органу/тканини донора, призначені для трансплантації Застрахованій особі;

12.2.9.1.5. Витрати на проїзд прижиттєвого донора за кордон до місця проведення трансплантації кісткового мозку (ТКМ) та повернення назад обмежені вартістю квитка економ класу в обидва кінці з єдиною метою - пересадка органів/тканин для Застрахованої особи;

12.2.9.1.6. Витрати на транспортування прижиттєвого донора від передбаченого готелю до стаціонару або лікуючого лікаря, і назад;

12.2.9.1.7. Витрати на проживання прижиттєвого донора під час перебування за кордоном в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера, з єдиною метою - трансплантації кісткового мозку Застрахованій особі. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря.

12.2.9.2. Витрати на транспортування до місця проведення трансплантації кісткового мозку та повернення назад обмежені вартістю квитка економ класу в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи, або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, у межах ліміту – **200 000,00 гривень (Двісті тисяч гривень 00 копійок)**. **Дана опція передбачена по всіх програмах страхування («Комфорт» та «Економ» для осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно);**

12.2.9.3. Витрати на транспортування спеціальним медичним транспортом та витрати на сухопутний переїзд з аеропорту в лікарню, якщо Застрахована особа не в змозі, на думку лікаря, через медичні причини, летіти звичайним комерційним рейсом, у межах ліміту - **1 000 000,00 гривень (Один мільйон гривень 00 копійок)**. **Дана опція передбачена по всіх програмах страхування («Комфорт» та «Економ» для осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно);**

12.2.9.4. Витрати на проживання, необхідні з єдиною метою – пересадка органів/тканин для Застрахованої особи, покриваються для Застрахованої особи та для 1 (однієї) Супроводжувачої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в межах ліміту - **2 200 000,00 гривень (Два мільйони двісті тисяч гривень 00 копійок)**. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. **Дана опція передбачена по всіх програмах страхування («Комфорт» та «Економ» для осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно);**

12.2.9.5. Витрати на доставку лікаря-фахівця в країну проживання Застрахованої особи, для виконання трансплантації кісткового мозку, в залежності від конкретного випадку, для одного страхового випадку, і тільки за умови, що загальна вартість не перевищить еквівалент **4 800 000,00 гривень (Чотири мільйони вісімсот тисяч гривень 00 копійок)**. **Дана опція передбачена по всіх програмах страхування («Комфорт» та «Економ» для осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно).**

13. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

13.1. Виключеннями зі страхового покриття по ризику «Рак (злоякісне новоутворення)» згідно п. 7.3.1 є:

13.1.1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни: Рак in situ (злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини), включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;

13.1.2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;

13.1.3. Захворювання шкіри наступних типів:

13.1.3.1. Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;

13.1.3.2. Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;

13.1.4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);

13.1.5. Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;

13.1.6. Хронічна лімфоцитарна лейкозія (С.Л.Л.).

13.2. Згідно умов програм страхування страхова виплата не здійснюється у разі:

13.2.1. Якщо виявлено захворювання та/або медичний стан, який не зазначений в п.7.3 даного Договору, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, не визначені в розділі 12 даного Договору;

13.2.2. Якщо подія, що має ознаки страхового випадку, та необхідність надання Застрахованій особі послуг, перерахованих у розділі 12 даного Договору, виникла після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами даного Договору;

- 13.2.3.** Якщо подія, що має ознаки страхового випадку, та необхідність надання Застрахованій особі послуг, виникла внаслідок порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях;
- 13.2.4.** Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами даного Договору та Програмою страхування;
- 13.2.5.** Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що перераховані у розділі 12 даного Договору, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;
- 13.2.6.** Необхідності психохірургії;
- 13.2.7.** Необхідності лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;
- 13.2.8.** Необхідності лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;
- 13.2.9.** Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами Програми страхування;
- 13.2.10.** Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бariatричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень в рамках Програми страхування;
- 13.2.11.** Необхідності трансплантації органів, в процесі якої Застрахована особа є донором для третьої особи;
- 13.2.12.** Необхідності трансплантації органів, що включає лікування стовбуровими клітинами, за винятком трансплантації кісткового мозку;
- 13.2.13.** Необхідності будь-якого виду трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років.
- 13.3. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком, а, отже, Страховик не оплачує витрати за послуги, передбачені умовами програм страхування:**
- 13.3.1.** Послуги при захворюваннях і станах, не передбачених умовами даного Договору та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування;
- 13.3.2.** Послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором, в тому числі, в разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених умовами даного Договору;
- 13.3.3.** Методи лікування, ліки, медичні процедури, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі, або які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювань та/або станів, передбачених умовами даного Договору;
- 13.3.4.** У зв'язку із захворюваннями та/або станами, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі у зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);
- 13.3.5.** У зв'язку із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;
- 13.3.6.** У зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами, (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами;
- 13.3.7.** У зв'язку з розладом здоров'я Застрахованої особи, який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
- 13.3.8.** У зв'язку з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або, про які було відомо Застрахованій особі, до дати початку дії Договору страхування, та/або якщо лікування захворювання та/або стану, передбаченого цими Умовами, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення Договору страхування;
- 13.3.9.** У зв'язку з отриманням Застрахованою особою медичних та/або інших послуг в медичних та/або інших організаціях, вибір яких попередньо не був узгоджений із Страховиком.
- 13.3.10.** У зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду.

14. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

- 14.1.1.** Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи/Вигодонабувача) спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку та вчинені у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 14.1.2.** Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;
- 14.1.3.** Подання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт та обставини настання страхового випадку;
- 14.1.4.** Застрахованій особі на дату укладення Договору страхування менше 1 (одного) року або виповнилось 70 (сімдесят) років;
- 14.1.5.** Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин страхового випадку і розміру страхової виплати.

14.2. Застрахована особа і її родичі повинні допускати лікарів - представників компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати на підставі п.14.1.5 умов даного Договору. **Страховик також може відмовити повністю або частково у страховій виплаті у наступних випадках:**

14.2.1. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика;

14.2.2. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору страхування;

14.2.3. У інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

15. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Страховик має право:

15.1.1. При укладенні Договору страхування чи внесенні змін до нього, а також при врегулюванні страхового випадку, вимагати результати медичного огляду Застрахованої особи та/або інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку та/або для підтвердження факту настання страхового випадку;

15.1.2. Встановлювати обмеження щодо дії страхового покриття за страховими ризиками, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо;

15.1.3. Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов Договору страхування, самостійно проводити перевірку обставин настання страхових випадків, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку (при об'єктивній необхідності);

15.1.4. Запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

15.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

15.1.6. Відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках передбачених умовами даного Договору страхування;

15.1.7. Доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору страхування.

15.1.8. 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.

15.2. Страховик зобов'язаний:

15.2.1. Ознайомити Страхувальника/ Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами;

15.2.2. Надати дублікат (електронну копію) Акцепту та цього Договору страхування за його письмовим запитом;

15.2.3. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу, щодо стану здоров'я, майновий стан та умови Договору страхування за винятком випадків, передбачених чинним законодавством;

15.2.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк;

15.2.5. При відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі/Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови.

15.3. Застрахована особа (Страхувальник) має право:

15.3.1. Одержати страхову виплату при настанні страхового випадку у випадках передбачених умовами даного Договору;

15.3.2. Достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому даним Договором;

15.3.3. Одержати дублікат (електронну копію) Акцепту та цього Договору страхування у випадку його втрати;

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

15.3.5. Оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

15.4. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

15.4.1. При укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, стан здоров'я та перенесені Застрахованою особою та/або Страхувальником захворювання, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

15.4.2. Сплачувати страхові платежі у розмірі та в строки передбачені п. 9 та п. 11 Акцепту;

15.4.3. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг;

15.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів;

15.4.5. 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 (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

15.5. Застрахована особа несе відповідальність за достовірність наданих нею Страховику інформації та документів;

15.6. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання інших умов Договору страхування регулюється чинним законодавством України.

16. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

16.1. Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:

16.1.1. протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника спосіб, зокрема за виділеною телефонною лінією **0444980301**. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.

16.1.2. Надати Страховику достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика - Madanes Advanced Healthcare Services Ltd.

16.2. У термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи відповідно до п. 16.4 даного Договору. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Страхувальника або особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати.

16.3. Страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася з Застрахованою особою, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються умовами Програми страхування. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються та прирівнюються до одного страхового випадку.

16.4. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі/Вигодонабувачеві) необхідно надати наступні документи:

16.4.1. Заяву про подію та на виплату;

16.4.1.1. Заява про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в п.16.1.1, або шляхом подання заяви через офіційний сайт Страховика. Сторони погодили, що належне виконання Страхувальником цього пункту є повідомленням про настання події, що має ознаки страхового випадку, та не потребує додаткового письмового підтвердження, окрім випадків, передбачених п.16.4.1.5 Договору.

16.4.1.2. Страховик здійснює фіксацію Заяви про подію та на виплату відповідно до інформації, отриманої від Страхувальника (його представника) під час телефонної розмови.

16.4.1.3. При фіксації Заяви про подію та на виплату Страхувальник зобов'язаний надати Страховику повну та достовірну інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку.

16.4.1.4. З метою фіксації Заяви про подію та на виплату та іншої інформації про страховий випадок Страховиком здійснюється запис телефонної розмови.

16.4.1.5. Для підтвердження настання страхового випадку Страхувальник зобов'язаний надати письмову Заяву про подію та на виплату, за формою визначеною Страховиком протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання такої події (незалежно від фіксації Заяви через контакт-центр Страховика у телефонному режимі) виключно за вимогою Страховика.

16.4.1.6. Крім Страхувальника, Заяву про подію та на виплату можуть надати інші уповноважені ним особи. У випадку виникнення суперечок між Сторонами стосовно інформації, наданої зазначеними особами, обов'язок доведення її достовірності/недостовірності несе Страхувальник.

16.4.2. Засвідчену Вигодонабувачем копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи;

16.4.3. Засвідчену Вигодонабувачем копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;

16.4.4. Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсними протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;

16.4.5. Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.

16.5. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 16.4 в тому числі в електронному вигляді.

16.6. Копією документу згідно цього Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Повіреном можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На вимогу Страховика або Повіреного та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

16.7. Документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або Повіреному, має відповідати наступним вимогам:

16.7.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;

16.7.2. документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);

16.7.3. документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

16.7.4. має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

16.8. Страхувальник укладенням цього Договору підтверджує що, надаючи Страховику або Повіреному копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки, Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Страхувальник розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні оригіналів таких документів у паперовій формі.

16.9. Страховик зобов'язаний при надходженні Заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 10 (десяти) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують настання страхового випадку, та документів, передбачених у п. 16.4 даного Договору, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. Але, у випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик або представник Страховика – компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, мають право здійснити запит додаткових документів у Застрахованій особі. При цьому, рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик повинен прийняти протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованої особи.

16.10. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 16.9 даного Договору, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в письмовій формі обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.

16.11. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 16.9 даного Договору, прийняв рішення про здійснення страхової виплати, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика - компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених цими Умовами, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

Протягом цього терміну компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої обраною Програмою страхування даного Договору.

Після отримання підтвердження від Застрахованої особи щодо обраної нею лікарні, компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи, в тому числі донора (для страхового покриття з трансплантації кісткового мозку) в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

16.12. Будь-які витрати, понесені в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, не відшкодовуються Страховиком.

16.13. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою до початку діагностування/лікування у лікарняному закладі, за погодженням Страховика, не відшкодовуються Страховиком.

16.14. Страховик розраховує страхову виплату за страховим випадком у розмірі покриття фактично понесених витрат, визначених умовами даного Договору відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування, у межах страхової суми та лімітів з урахуванням обмежень та винятків, передбачених умовами даного Договору.

16.15. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені умовами даного Договору, покриваються шляхом перерахування коштів представником Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном), яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі безпосередньо спеціалізованій установі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати.

16.15.1. У разі лікування в Україні Страховик має право здійснити страхову виплату безпосередньо лікарняному закладу у розмірі витрат на лікування, за умови що такі витрати були погоджені Страховиком/ компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd,

16.15.2. У разі, якщо лікування в Україні є неможливим за програмою «Економ», а саме, якщо дотримано як мінімум дві умови з зазначених в п.11.2 даного Договору, Страховик здійснює Застрахованій особі страхову виплату у розмірі **200 000,00 гривень (Двісті тисяч гривень 00 копійок).**

16.16. Загальна сума виплат за Договором не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією, якщо таке передбачено Програмою страхування.

17. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика.

17.2. Про намір внести 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. Не допускається внесення змін до Договору при відсутності згоди на внесення таких змін однією із Сторін.

17.3. Дія Договору страхування припиняється, та він втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:

17.3.1. Закінчення строку дії Договору страхування: з 00-00 годин дня, наступного за останнім днем закінчення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами даного Договору;

17.3.2. У випадку смерті Застрахованої особи або втрати її дієздатності (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);

17.3.3. Ліквідації Страховика, у порядку, встановленому законодавством України;

17.3.4. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

17.3.5. У випадку несплати Страхувальником страхової премії (чергового платежу або першого платежу, при пролонгації Договору), в розмірі зазначеному в п. 9 Акцепту до моменту закінчення пільгового періоду.

17.3.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.

17.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення.

17.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

17.5.1. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат;

17.5.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

17.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:

17.6.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;

17.6.2. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат.

17.7. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що впливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

17.8. Сторони погодили, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до Договору шляхом публікації нової редакції Оферти в мережі "internet" на WEB-сторінках Страховика. У разі, якщо Страхувальник не погоджується із внесеними Страховиком змінами, він має право розірвати Договір в односторонньому порядку відповідно до п. 17.4 даного Договору.

18. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

18.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

18.2. Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою/ Вигодонабувачем) з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат тощо можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому, оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.

18.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа передається на розгляд у відповідний суд, згідно чинного законодавства України.

18.4. Позови за вимогами, які витікають із Договору страхування, можуть бути пред'явлені Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

19. ІНШІ УМОВИ

19.1. Якщо в умовах даного Договору зазначені інші умови страхування, ніж ті, що встановлені в Правилах страхування, то положення даного Договору мають перевагу над умовами Правил страхування.

19.2. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 7 (семи) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин непереборної сили належать:

19.2.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за Договором страхування або призводять до значного непрогнозованого росту цін на медичну допомогу (послуги, медикаменти) або на тарифоутворення.

19.2.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які були офіційно об'явлені після укладення Договору страхування на території України та території країн надання послуг.

19.3. Страхувальник повідомлений, 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.

19.4. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація на офіційному сайті Страховика www.arg.com.ua. Ця інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, всі умови Договору страхування, Правил страхування йому зрозумілі; вся вищезазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою; Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

19.5. Шляхом Акцептуванням умов цієї Оферти, Страхувальник/Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) погоджуються з умовами, викладеними в даному Договорі страхування та надають згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних (далі - ПД), в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надають свою згоду на передачу таких персональних даних іноземним суб'єктам відносин, в тому числі, але не виключно компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, номер компанії 515078145, вул. Хашлоша д.2, Тель-Авів 67060, Ізраїль, та Дженерал Рейншуранс АГ, Теодор-Хойсс-Ринг 11, 50668 Кельн, Німеччина, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається), інших договорів, а саме договору про надання послуг з організації та координації надання послуг Застрахованим особам, Договору Перестрахування та інших, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору. Страхувальник та Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) посвідчують, що отримали повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних та неповнолітньої дитини до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені.

19.6. Підписанням цього Договору Страхувальник-фізична особа підтверджує, що ані він, ані члени його сім'ї, ані його інші близькі родичі не є публічними діячами 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 обіймають або обіймали керівні посади в законодавчому, виконавчому, адміністративному, військовому або судовому органі іноземної держави). Страхувальник також підтверджує, що до публічних 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 та/або в письмовому/усному вигляді до моменту підписання договору. Страхувальник зобов'язується інформувати Страховика про настання суттєвих змін щодо наданої інформації та письмово проінформувати Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати їх настання. Страхувальник підтверджує, що надав Страховику право отримувати його ПД за допомогою сервісу «ДІЯ», BankID, з Бюро кредитних історій, використовуючи інструменти покладення та/або доручення, шляхом обміну документами з використанням кваліфікованого цифрового підпису (електронно-цифрового підпису).

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

19.8. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що належним чином проінформований, що для укладення Договору, до та/або під час його укладення, а також для його виконання Страховик, відповідно до законодавства, може (міг) залучати страхових посередників, котрі діють від імені Страховика і виконують частину його функцій, разом чи кожен окремо.

19.9. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на внесення в односторонньому порядку змін до умов Договору (оферти) та Правил з подальшим їх розміщенням на офіційному сайті Страховика.

19.10. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник підтверджує, що отримав згоду від Застрахованої особи на страхування та на підписання її Медичної декларації і гарантує достовірність інформації зазначеної в неї. Страхувальник та Застрахована особа розуміють, що в разі, якщо з будь-якої причини виявиться, що дані зазначені в Медичній декларації не відповідають дійсним, то в разі настання страхового випадку, Застрахованій особі буде відмовлено в страховій виплаті та в наданні медичного лікування.

19.11. Страхувальник надає згоду Страховику на те, що умови страхування (страховий платіж, тариф та страхова сума) на наступні страхові періоди (продлонгація договору) будуть відображені в черговому Акцепті.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Документ підписаний електронним підписом Першого Заступника Голови Правління АТ «СК «АРКС» Межебицького Максима Станіславовича _____
