

ПРОПОЗИЦІЯ
щодо укладення договору медичного страхування
за стандартним страховим продуктом
«E-likі» № E1мв24 від 21.06.2024 року

Ця Пропозиція щодо укладення договору страхування за стандартним страховим продуктом «E-likі» (далі – Пропозиція) адресується Страховиком невизначеному колу осіб, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства (далі – Клієнти), укласти із Страховиком Договір страхування за стандартним страховим продуктом «E-likі» (далі – Договір) шляхом приєднання до цієї Пропозиції на індивідуально визначених умовах, встановлених індивідуальною частиною Договору (далі – Поліс). Невід’ємними частинами Договору є Поліс (індивідуальна частина Договору) та Пропозиція (публічна частина Договору) з Додатками № 1. Технологія, порядок укладення і підписання Договору визначено у Розділі 15 Пропозиції. Строк дії цієї Пропозиції визначено в Розділі 18 Пропозиції.

1. СТРАХОВИК: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС»

Страхування здійснюється на підставі ліцензії, яка внесена НБУ до Реєстру фінансових установ 24.04.2024 року (номер витягу 27-0024/31759);
місцезнаходження 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8;
IBAN UA983052990000026509006200483 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», код банку 305299; код ЄДРПОУ 20474912;
контактні дані для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків: телефон (044) 498 03 01, e-mail: unit-settlem-losses-ukr@arx.com.ua; веб-сайт <https://arx.com.ua/>;

2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ: АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

укладає Договір страхування від імені та в інтересах Страховика на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг №000007451П від 17 листопада 2017 року,
місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570
Страховий агент підлягає внесенню до Реєстру НБУ з 01.01.2025, після чого відомості про внесення до вказаного Реєстру зазначаються на вебсайті Страхового агента.
Контактні дані: 3700; веб-сайт: <https://www.privatbank.ua/>

3. СТРАХУВАЛЬНИК

Страхувальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала із страховиком Договір страхування. Ідентифікаційні дані Страхувальника зазначаються у п.3 Полісу.

4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ’ЄКТ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС. ВИГОДОНАБУВАЧ

4.1. Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов’язаного з об’єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

4.2. Об’єктом страхування за цим Договором є життя, здоров’я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у п.5 Полісу, та з якими пов’язані:

- страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача);
- страхові ризики, що підлягають страхуванню за цим Договором.

4.3. При укладенні договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

4.4. Вигодонабувач за Договором (за наявності) вказується в п.4.4. Полісу.

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

5.1. Цей Договір укладений його Сторонами про страхування третіх осіб, інформація про яких вказана в п.5 Полісу, за їх згодою. Інформація про Застрахованих осіб зазначається в п.5 Полісу у обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної Застрахованої особи.

5.2. Застрахованою особою за Договором є фізична особа, вказана у п.5 Полісу, та яка надала письмову або усну згоду на укладення цього Договору на її користь.

5.3. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника, передбачених цим Договором, окрім прав / обов'язків, які можуть належати Страхувальнику / бути виконані виключно Страхувальником. Обов'язок щодо сплати страхового платежу може бути покладено на Застраховану особу виключно за наявності її письмової згоди.

5.4. Підписанням Полісу в порядку, передбаченому умовами Розділу 15 Пропозиції, Страхувальник засвідчує, що повідомив Застрахованих осіб про укладення Договору на їх користь у спосіб, що надає можливість підтвердження факту здійснення такого повідомлення і Застраховані особи не заперечували щодо укладання Договору на їх користь.

5.5 Відсутність заперечень Застрахованих осіб та набрання чинності Договору стосовно цих осіб підтверджує, що Застрахована особа ознайомлена з цим Договором та загальними умовами страхового продукту (п.17.2. Пропозиції), а також погоджується з наявністю у нього прав та обов'язків за цим Договором.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страховими ризиками за цим Договором є:

- гостре захворювання Застрахованої особи;
- загострення хронічного захворювання Застрахованої особи;
- розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

6.2. Страховим випадком за Договором є отримання Застрахованою особою в фармацевтичній установі (аптеці) лікарських засобів (медикиментів, медиккиментів-генериків, медичних виробів) у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Пропозиції, які призначені Застрахованій особі її сімейним лікарем у зв'язку з настанням страхових ризиків, передбачених п.6.1. Пропозиції.

6.2.1. Подія визнається страховим випадком за цим Договором з урахуванням таких умов:

- медиккименти зареєстровані в Україні та призначі згідно з протоколами Міністерства охорони здоров'я України;
- Страховик гарантує оплату тільки МНН препарату (Міжнародна непатентована назва (МНН) - унікальне найменування діючої речовини лікарського засобу, рекомендованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я);
- конкретний медичний препарат підбирається інформаційно-пошуковою системою з препаратів, які є в наявності в аптеках поблизу, виходячи зі співвідношення ціна - наявність препарату;
- подія, що має ознаки страхового випадку, настала протягом оплаченого періоду страхування (Розділ 9 Пропозиції);

- подія, що має ознаки страхового випадку, не є виключенням зі страхових випадків (Розділ 12 Пропозиції).

6.3. У разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються асистуючі послуги (допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика); на умовах Договору відшкодовуються понесені витрати в межах страхової суми на забезпечення Застрахованої особи лікарськими засобами (медикаментами, медикаментами-генериками, медичними виробами), у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Пропозиції, які призначені Застрахованій особі її сімейним лікарем у зв'язку з настанням страхових ризиків, передбачених п.6.1. Пропозиції.

6.4. Послуги сплачуються за одним захворюванням – не більше ніж 2 рази впродовж 6 місяців з дати початку дії Договору, та впродовж 12 місяців з дати продовження (лонгації) строку дії Договору. Під "Захворюванням" тут розуміється - діагноз та етіологічно пов'язані із ним стани із одного "нозологічного блоку" згідно МКХ-10 («Міжнародна класифікація хвороб»).

7. СТРАХОВА СУМА ТА/АБО ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА

7.1. **Розмір загальної страхової суми за Договором** зазначається у п.7.2. Полісу. Страхова сума залежить від строку дії Договору страхування, а саме:

Строк дії Договору страхування	Страхова сума, грн
6 (шість) місяців	10 000 грн
12 (дванадцять) місяців	20 000 грн

7.2. **Ліміт відповідальності Страховика** встановлюється в розмірі загальної страхової суми за Договором.

7.3. **Франшиза** за Договором є безумовною та становить **20%** від вартості медичних препаратів, призначених Застрахованій особі його сімейним лікарем за кожним зверненням відповідно до Протоколів Міністерства охорони здоров'я України, у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком No 1 до Пропозиції.

8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ

8.1. Розмір страхового тарифу за Договором вказується в п.8.1. Полісу.

8.2. Страховий тариф визначається залежно від віку застрахованої особи в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф, %
від 0 до 39 років (включно)	3,6%
від 40 до 65 років (включно)	4,8%
від 66 років	12,0%

8.2.1. В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, Договір страхування діє до дати закінчення сплаченого періоду страхування, в якому напустила вказана подія. У разі відсутності сплати страхового платежу на дату досягнення Застрахованою особою зазначеного віку, договір страхування припиняється з дати, наступної за кінцевою датою періоду страхування, в якому Застрахована особа досягла відповідного віку, та пролонгований не може бути.

Після припинення дії Договору страхування Страхувальник має право укласти новий договір страхування із встановленням страхового тарифу та страхового платежу згідно своєї вікової категорії.

8.3. Загальний страховий платіж за Договором зазначається у п.8.2. Полісу.

Порядок сплати загального страхового платежу за Договором (п.8.2. Полісу) залежить від кількості періодів страхування за Договором (п.8.3. Полісу). Страховий платіж за кожен період страхування згідно з п.8.4 Полісу сплачується з періодичністю згідно з п.8.5 Полісу у безготівковій формі до настання дати початку дії відповідного періоду дії Договору.

8.4. Розмір загального страхового платежу за Договором залежить від віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий платіж, грн		
	за період 1 місяць	за період 6 місяців	за період 12 місяців
від 0 до 39 років (включно)	60 грн	360 грн	720 грн
від 40 до 65 років (включно)	80 грн	480 грн	960 грн
від 66 років	200 грн	1 200 грн	2 400 грн

8.5. **Відомості для сплати страхового платежу за Договором:**

IBAN UA983052990000026509006200483 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20474912.

8.5.1. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

8.5.2. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: «Страховий платіж за Договором № _____ від _____».

8.5.3. У випадку зміни платіжних відомостей (у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами) Страховик зазначає нові платіжні реквізити, про що інформує Страхувальника за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента.

8.5.4. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи можуть стягувати комісію відповідно діючих тарифів.

9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ

9.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п.9 Полісу.

Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії, яка зазначена у п.9.1. Полісу, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Полісом, на рахунок Страховика.

Договір діє до 24.00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у п.9.1. Полісу як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.

9.2. Період страхування – 1 (один) місяць – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у п.8.3 Полісу.

Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за датою сплати Страхувальником страхового платежу на рахунок Страховика, та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня такого періоду страхування, встановленого в Полісі.

Якщо Полісом передбачено більше одного періоду страхування, то кожен наступний період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування. Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення дії Договору страхування.

Страховий захист в кожному періоді страхування діє за умови сплати страхового платежу за такий період страхування згідно з Полісом.

Якщо страховий платіж надійшов у поточному періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування, дата початку якого - це дата, що слідує за датою закінчення дії поточного періоду страхування.

У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування, страховий захист за Договором призупиняється, виплати страхового відшкодування за подіями, що сталися в неоплачений період страхування, не здійснюються Страховиком.

Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу за період страхування згідно з п. 8.3. Полісу в повному розмірі на рахунок Страховика та діє до закінчення періоду страхування згідно з п. 8.3. Полісу. При цьому, датою закінчення останнього періоду страхування є дата закінчення дії Договору, а у разі лонгації Договору згідно з п.9.3. Полісу, страховий захист у періоді, що перевищує дату закінчення Договору надається за продовженням (лонгованим) Договором(.

Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на рахунок Страховика **протягом 6 (шести) місяців поспіль**.

9.3. Дія Договору продовжується (лонгується) на 12 місяців, з кожним наступним продовженням (лонгацією) на 12 місяців з дотриманням умов, передбачених п.9.3.1. Пропозиції.

9.3.1. Дія Договору страхування продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору та аналогічних умовах у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування, якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити (Страхувальник може заявити про намір припинити Договір страхування у персональному кабінеті в Приват24 або у ІТС Страховика / Страхового агента в будь-який момент до кінцевої дати строку дії Договору), за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору страхування діє договір доручення із Страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей Договір страхування. У разі припинення договору доручення із Страховим агентом страховий захист діє до закінчення строку дії Договору страхування, на який він був укладений, за умови сплати страхових платежів, але не продовжується (не лонгується) на новий строк дії Договору. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після закінчення строку дії Договору страхування, повертаються Страховиком Страхувальнику на картковий рахунок у АТ КБ «ПРИВАТБАНК», з якого страхові платежі були сплачені, а у разі його закриття – на підставі письмової заяви Страхувальника.

9.4. Період очікування	14 (чотирнадцять) днів від дати набрання чинності Договором або дати відновлення відповідальності Страховика (якщо страхове покриття не діяло протягом 3 (трьох) періодів страхування поспіль.
-------------------------------	---

9.4.1. За Договором страхування встановлюється **період очікування страхового випадку** – проміжок часу від набрання чинності Договором страхування (або від дати оплати простроченого страхового платежу за період страхування у разі, якщо перед цим страхові платежі за Договором не були сплачені протягом 3 (трьох) послідовних періодів страхування), протягом якого страхове покриття за Договором не діє.

9.4.2. Період очікування не застосовується лише у випадку укладення нового договору страхування в зв'язку з переходом до іншої вікової групи щодо однієї і тієї ж Застрахованої особи – за умови безперервного страхування (відсутності неоплаченого періоду страхування між датою завершення попереднього договору страхування та датою початку нового договору страхування, укладеного за цією Пропозицією щодо однієї і тієї ж Застрахованої особи).

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Територією страхування є Україна.

10.2. У будь-якому випадку дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території; території, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; території, що розташовані на лінії розмежування; території, на яких тривають активні бойові дії.

11. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана звернутись до сімейного лікаря, з яким у Застрахованої особи підписана декларація (якщо на момент настання страхового випадку Застрахована особа не підписала декларацію з сімейним лікарем, то для отримання електронного рецепту на призначення лікарських засобів та подальшого їх отримання згідно з умовами цього Договору Застрахована особа зобов'язана її підписати), а також надати сімейному лікарю інформацію про своє прізвище, ім'я, по батькові, дату народження, номер Договору страхування.

11.2. Сімейний лікар на підставі проведеного медичного огляду (діагностичного / лабораторного обстеження, за необхідності), встановлює діагноз за кодом ICPC 2 та/або МКХ 10 та призначає Застрахованій особі лікарські засоби, відповідно до протоколів Міністерства охорони здоров'я України у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Пропозиції «Перелік діагнозів та медичних препаратів за захворюваннями», що є невід'ємною частиною Договору.

11.3. Сімейний лікар проводить верифікацію Застрахованої особи шляхом заповнення в МІС номеру Договору страхування та дати народження Застрахованої особи. За цими даними сімейний лікар через МІС передає запит до електронної системи «ЗаХист» для підтвердження чинності Договору страхування, періоду дії та найменування Страховика.

11.4. Надаючи сімейному лікарю номер Договору страхування та свою дату народження, Застрахована особа надає та підтверджує згоду на використання МІС для передачі знеособлених відомостей про неї (у тому числі про встановлені діагнози і призначені ліки тощо) для обробки в електронній системі «ЗаХист» з метою використання Страховиком таких даних для виконання зобов'язань згідно з цим Договором, а також для реалізації Сторонами своїх прав та обов'язків за цим Договором, про що Страхувальник та Застрахована особа додатково не повідомляються.

11.5. У разі підтвердження верифікації Застрахованої особи сімейний лікар формує електронний рецепт згідно з клінічними протоколами лікування Міністерства охорони здоров'я України, що є стандартними на території України, який містить діючі речовини відповідно до призначень сімейного лікаря.

11.6. Електронна система «ЗаХист» формує заявку в аптеку через СЗЛ для визначення конкретного торгового найменування лікарського засобу, виходячи з його найнижчої відпускної ціни (вартості), доступної електронній системі «ЗаХист», з перевіркою відповідності відомостей щодо встановленого медичним працівником Застрахованій особі діагнозу, до виписаної за електронним рецептом діючої речовини, відповідно до умов Договору страхування.

11.7. Застрахована особа чи її уповноважені особи, шляхом СМС-інформування, отримує відомості, від електронної системи «ЗаХист», щодо готовності лікарського засобу до видачі в аптеці за електронним рецептом, розміру франшизи, числового коду замовлення та місця знаходження аптечного закладу, який відпускає відповідний препарат, що знаходиться найближче до Застрахованої особи. Електронна система «ЗаХист», за результатами організації та/або відмови заявки в аптеку, направляє інформацію Страховику.

11.8. Застрахована особа може отримати призначені за рецептом медикаменти протягом 48-ми годин. Для цього Застрахована особа має звернутись до аптеки, адреса якої вказана в СМС-повідомленні, надісланому електронною системою «ЗаХист», повідомити працівнику аптеки числовий код з ключовим словом, згенерованим системою «Захист», що вказане в СМС-повідомленні, а також сплатити розмір франшизи, передбаченої п.7.3. Пропозиції – після чого Застрахована особа отримує лікарські засоби.

11.9. Якщо протягом вказаного в п.11.8. Пропозиції строку (48-ми годин), який надається Застрахованій особі для отримання лікарських препаратів, така Застрахована особа не звернулася до аптеки – замовлення визнається анульованим. Отримати наступне замовлення можливо тільки після оформлення наступного електронного рецепту сімейним лікарем.

11.10. У будь-якому випадку призначення лікарських засобів Застрахованій особі не може перевищувати ліміт дозування, яке передбачає прийом препаратів довше, ніж на 14-денний календарний строк лікування. У разі, коли термін лікування перевищує вказаний строк, повинно бути оформлено нове медичне призначення лікарських засобів від сімейного лікаря.

11.11. У будь-якому випадку призначення лікарських засобів по одному й тому ж захворюванню не може бути більше, ніж 2 рази протягом строку дії Договору страхування.

11.12. Перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитку), а також форма, спосіб та порядок подання документів

11.12.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором, на підставі електронної заяви Страхувальника (Застрахованої особи) та страхового акту.

11.12.2. Електронна заява Страхувальника (Застрахованої особи) формується за допомогою ІТС Страховика (Страхового агента). Сторони домовились, що заява про страхову виплату, сформована за допомогою ІТС Страховика (Страхового агента) за формою та юридичними наслідками прирівнюється до письмової, і є підставою для здійснення страхової виплати.

11.12.3. До електронної заяви додається електронний рецепт, складений сімейним лікарем, який є медичним документом та містить необхідну інформацію, що дозволяє Страховику визнати випадок страховим (номер Договору страхування, діагноз, встановлений за кодом ІСРС 2 та/або МКХ 10, відповідні медичні призначення), за умови, що даний медичний документ підписаний КЕПом (кваліфікованим електронним підписом).

11.12.4. Інші документи медичних закладів за подією, що має ознаки страхового випадку, визначаються договорами, укладеними між Страховиком та відповідними медичними закладами (збір цих документів покладається на Страховика).

11.13. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з фактичної вартості лікарських засобів (медикаментів, медикаментів-генериків, медичних виробів), призначених Застрахованій особі сімейним лікарем при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Пропозиції, але у будь-якому випадку, не більше страхової суми, зазначеної в п.7.2. Полісу для відповідної Застрахованої особи.

11.13.1. Розмір страхової виплати зменшується на розмір франшизи, передбаченої п. 7.3. Полісу.

11.14. Після здійснення страхової виплати загальна страхова сума за Договором (п.7.2. Полісу) зменшується на виплачену суму страхової виплати. Договір страхування у відношенні до Застрахованої особи, якій здійснювались страхові виплати, не припиняє чинності до кінця строку дії Договору страхування. При цьому відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше здійсненими страховими виплатами.

11.14.1. Якщо виплату здійснено в розмірі 100% страхової суми за Договором, то дія цього Договору страхування припиняється на підставі абз.2 п.16.2.2. Пропозиції – з моменту списання відповідної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

11.15. Рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та відповідним фармацевтичним медичним закладом (аптекою). 11.16. Страховик здійснює страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати

складання страхового акту або в той же строк письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та відповідним фармацевтичним медичним із закладом (аптекою).

11.17. Страхова виплата здійснюється безпосередньо фармацевтичному медичному закладу (аптеці), де Застрахована особа отримала лікарські засоби (медикаменти, медикаменти-генерики, медичні вироби) в порядку та на умовах, передбачених Договором.

11.17.1. Страхова виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договором, укладеним між Страховиком та фармацевтичним медичним закладом (аптекою), в якому Застрахована особа отримала лікарські засоби (медикаменти, медикаменти-генерики, медичні вироби) в порядку та на умовах, передбачених Договором.

11.18. Страховик має право відстрочити прийняття рішення (про виплату або про відмову у страховій виплаті) в таких випадках:

11.18.1. у разі сумнівів в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи щодо наявності інших обставин, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті, – до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними компетентними органами / медичними установами, але не більше, ніж на 3 (три) місяці;

11.18.2. якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес – до закінчення розслідування або прийняття судового рішення, але не більше ніж але не більше ніж на 6 (шість) місяців;

11.18.3. з підстав, передбачених законодавством у сфері фінансового моніторингу, якщо не буде завершено належні заходи фінансового моніторингу, що вчиняються Страховиком відповідно до законодавства – до здійснення завершення здійснення таких заходів, але не більше, ніж на 3 (три) місяці.

12. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

12.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом;

12.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

12.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. одержання Страхувальником (Застрахованою особою) повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

12.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

12.1.6. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

12.1.7. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими пп.12.2. - 12.6. Пропозиції.

12.2. Не є страховим випадком за Договором та виключаються зі страхового покриття такі випадки:

12.2.1. настання страхового випадку до дати початку строку дії Договору, або після дати закінчення строку дії Договору, або протягом періоду очікування, або протягом неоплаченого періоду страхування (визначаються згідно з Розділом 9 Полісу);

12.2.2. лікування поза межами території дії Договору;

12.2.3. лікування, що не призначене сімейним лікарем;

12.2.4. лікування хронічних захворювань в стадії ремісії та/або компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій та хронічних захворювань, яких немає в Додатку №1 до Пропозиції;

12.2.5. лікування оригінальними препаратами, окрім випадків, коли в Україні відсутні зареєстровані медикаменти-генерики з відповідною діючою речовиною;

12.2.6. лікування всіх інших захворювань/станів/синдромів поза списком переліку діагнозів, які зазначені в Додатку №1 до Пропозиції;

12.2.7. лікування лікарськими засобами (медикаментами, медикаментами-генериками, медичними виробами), які не передбачені в Додатку №1 до Пропозиції для відповідного діагнозу;

12.2.8. лікування, випадки призначення, об'єм та дозування якого не відповідають протоколам Міністерства охорони здоров'я України та/або умовам Договору страхування;

12.2.9. будь-які випадки лікування, що призначені з профілактичною метою;

12.2.10. будь-які медичні послуги, що не є лікарськими засобами (медикаментами, медикаментами-генериками, медичними виробами).

12.3. Страховик не відшкодовує вартість наступних лікарських засобів, які:

12.3.1. придбані за межами аптечної мережі України та/або не зареєстровані в Україні;

12.3.2. не призначені (рекомендовані) сімейним лікарем (випадки самолікування);

12.3.3. придбані поза мережею eHealth та поза Протоколом лікування конкретного захворювання;

12.3.4. містять призначення 2 (двох) і більше аналогічних препаратів, що мають однакову дію, чи відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, для лікування одного захворювання (одна група препаратів);

12.3.5. призначені в частині лікування строком понад 14 (чотирнадцять) днів (медичне призначення не може перевищувати дозування, яке передбачає прийом препаратів на 14-денний календарний строк; у випадку продовження лікування повинно бути оформлено нове медичне призначення відповідно до 11.10. Пропозиції);

12.3.6. у разі 3 (третього) та наступних звернень однієї Застрахованої особи за лікарськими засобами з приводу одного і того ж захворювання (впродовж 6 місяців з дати початку дії Договору, та впродовж 12 місяців з дати продовження (лонгації) строку дії Договору);

12.3.7. У разі, якщо Застрахована особа не отримала замовлені медикаменти протягом 48 (сорока восьми) годин після отримання нею від Страховика сповіщення про замовлення, зазначеного в пп.11.6., 11.7. Розділу 2 Пропозиції.

12.4. Страховик не відшкодовує вартість будь-яких медичних послуг, окрім придбання медикаментів та медикаментів-генериків.

12.5. Не можуть бути застрахованими особи:

- які визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;
- які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), злоякісними новоутвореннями;
- які є психічно хворими;
- які є ВІЛ-інфікованими.

12.6. За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.12.4. Пропозиції, до початку дії Договору страхування (в тому числі якщо після укладення Договору страхування буде встановлено,

що Страхувальник не повідомив Страховику про зазначені обставини або повідомив завідомо неправдиві відомості), Договір страхування вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи щодо якої існують зазначені обставини. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

У разі виникнення стосовно Застрахованої особи під час дії Договору страхування обставин, за яких така особа не може бути Застрахованою особою відповідно до п.12.4. Пропозиції, Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати після втрати чинності Договором страхування не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний за таким період страхування обставина та за кожний наступний за таким період страхування у випадку їх оплати Страхувальником.

У разі встановлення Страховиком факту укладення Договору страхування стосовно особи, яка не може бути застрахованою, після набуття чинності Договором страхування та/або під час розгляду страхового випадку, Страховик відмовляє у виплаті страхового відшкодування у зв'язку з повідомленням неправдивих відомостей про предмет страхування, та достроково припиняє Договір страхування у зв'язку із порушенням Страхувальником умов Договору страхування на підставі порушення Страхувальником своїх обов'язків за Договором страхування.

12.7. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п.11.15. Пропозиції. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п.11.15. Пропозиції, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

12.8. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством.

13.1.2. Протягом двох робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

13.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування.

13.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

13.1.5. у випадку звернення Страхувальника з приводу втрати примірника Договору протягом строку його дії, оформити та видати дублікат втраченого документу.

13.1.6. за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом оплати (відшкодування) вартості медикаментів та матеріалів, що були призначені застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії договору, у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку.

13.1.7. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі

розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

13.2. Страховик має право:

13.2.1. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.

13.2.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів / оцінювачів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду).

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

13.2.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Розділом 12 Пропозиції.

13.2.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, зазначених у Розділі 12 Пропозиції.

13.2.6. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

13.2.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 3 (три) місяців.

13.2.8. Відкласти здійснення страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або прийняття рішення суду.

13.2.9. Достроково припинити дію Договору, згідно з його умовами.

13.2.10. Протягом дії Договору вносити зміни до Переліку фармакотерапевтичної групи препаратів, які рекомендовані Страховиком для лікування встановленого Застрахованій особі захворювання за Договором.

13.2.11. Ініціювати внесення змін та припинення дії Договору страхування.

13.2.12. 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.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

13.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених Договором страхування.

13.3.2. ознайомитись з умовами страхування, визначеними ЗУСП та даним Договором;

13.3.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до п.12.4. Пропозиції, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

13.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором страхування.

13.3.4. Повідомити Застрахованій особі про укладення Договору страхування на її користь.

13.3.5. при отриманні даних щодо зміни інформації за певними Застрахованими особами (зміна прізвищ, адрес тощо), а також про укладення іншими страховиками договорів страхування щодо Застрахованих осіб повідомляти про це Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів;

13.3.6. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

13.3.7. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором страхування.

13.3.8. У випадках, передбачених умовами цієї Пропозиції, – надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Пропозиції.

13.3.9. Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

13.3.10. Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

13.3.11. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

13.3.12. Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку.

13.3.13. Відповідно до п.8.2.1. Пропозиції, самостійно перевіряти статус Договору в персональному кабінеті Приват24 та в разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, самостійно укласти новий договір страхування на умовах страхового тарифу, який відповідає віку Застрахованої особи у персональному кабінеті Приват24 або у ІТС Страхового агента.

13.3.13. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;

13.3.14. надати офіційні документи або їх засвідчені в установленому порядку копії, необхідні для ідентифікації, верифікації, вивчення клієнта, уточнення інформації про клієнта, а також для виконання інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

13.3.15. 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.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. Достроково припинити дію Договору страхування.

13.4.2. Відмовитись від укладеного Договору страхування у випадках передбачених законодавством та цим Договором.

13.4.3. Укласти зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

13.4.4. у разі відмови Страховика здійснити Страхову виплату вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;

13.4.5. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

13.4.6. за згодою Страховика, розширити обсяг Програми страхування та/або підвищити розмір Страхової суми (Лімітів) шляхом внесення змін до цього Договору, а також після сплати у повному обсязі додаткового страхового платежу;

13.4.5. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування.

13.4.6. Отримати дублікат договору страхування, у випадку його втрати в період дії Договору страхування на підставі письмової заяви про видачу дубліката.

13.4.7. Відмовитись від укладеного Договору в порядку та на умовах, передбачених п.16.6. цієї Пропозиції.

13.4.8. отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов надання Застрахованим особам медичних послуг, передбачених Договором.

13.4.9. перевіряти виконання Страховиком умов цього Договору, в тому числі отримувати у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;

13.5. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

13.5.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від суми невчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.

13.5.2. Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

13.6. Застрахована особа зобов'язана:

13.6.1. виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів медичних закладів;

13.6.2. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання Страхового випадку;

13.6.3. дотримуватися правил розпорядку і режиму роботи лікувальних установ, які надають медичні послуги Застрахованій особі.

13.7. Застрахована особа має право:

13.7.1. вимагати від Страховика своєчасного проведення Страхових виплат та організації надання медичних послуг на умовах, передбачених цим Договором;

13.7.2. у разі відмови Страховика здійснити Страхову виплату вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;

13.7.3. отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов надання медичних послуг, передбачених Договором.

13.8. Страхувальник повідомлений, що Страховик не надає страхове покриття/не виплачує страхове відшкодування за Договором/не встановлює та/або не 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 з 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 ж правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

14.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

14.2. 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.

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.

14.3. 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); до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1, тел. (044) 279 12 70, e-mail: info@dpss.gov.ua); що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скарою рішенням - безпосередньо до суду.

15. ТЕХНОЛОГІЯ, ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І ПІДПИСАННЯ ДОГОВОРУ. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ДОКУМЕНТООБІГУ МІЖ СТОРОНАМИ

15.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента шляхом приєднання та складається з публічної частини договору (Пропозиції) та індивідуальної частини договору (Полісу), підписанням якого клієнт (Страховувальник) приєднується до Договору в цілому.

15.2. Для укладення Договору страхування Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страховувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента та підтверджує надання згоди Застрахованою особою на обробку її персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страховувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування.

15.2.1. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://arx.com.ua/>. та Страхового агента, а також в ІТС (тощо) Страховика та Страхового агента (умови Пропозиції є загальними для споживачів).

15.3. Підписання Договору страхування Страховувальником здійснюється шляхом прийняття Пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах.

Безумовним прийняттям Пропозиції Страховика укласти Договір страхування вважається здійснення Страховувальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Полісу (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОТР-пароль, Одноразовий ідентифікатор, Цифровий власноручний підпис, QR-код, ПІН-код, підпис в IVR, біометричні дані Клієнта (голосовий зліпок, відбиток пальця, Face ID), кнопки "Підпис", "Підписав", "Підтверджую", "Ознайомився", "Сплатити", "Оплатити" тощо в ІТС Страхового агента (програмних комплексах, мобільних додатках або на офіційних сайтах у мережі Інтернет)) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» та згідно з договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страховувальником та Страховим агентом, який діє від імені Страховика.

15.3.1. Прийняттям Пропозиції Страховувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування, приймає умови Пропозиції. Отримання Страховиком або Страховим агентом підписаного Страховувальником Полісу (індивідуальної частини Договору) засвідчує прийняття Страховувальником всіх умов Пропозиції. При укладенні та виконанні Договору страхування відповідно до умов цієї Пропозиції Страховик / Страховий агент, уповноважені особи Страховика / Страхового агента використовують засоби підпису/засвідчення відповідно до чинного законодавства та з урахуванням особливостей, визначених НБУ.

15.3.2. Факт перерахування коштів страхового платежу на рахунок Страховика підтверджується електронним документом (квитанцією) оператора платіжної системи, яка використана Страховувальником або Страховим агентом для оплати страхового платежу, із зазначенням дати здійснення розрахунку.

Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

Договір страхування набирає чинності в порядку, передбаченому Розділом 9 Пропозиції та зазначається в п.9 Полісу. Після набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

Заповнення Клієнтом форм, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору, в тому числі в ІТС Страховика / Страхового агента, не зобов'язує його укласти Договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника та Страховика (або Страхового агента від імені Страховика) .

15.4. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс, а також Пропозиція з Додатком №1. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

15.5. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладання цього Договору на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії" (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені зазначеним Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://arx.com.ua/documents/privatbank> та/або Страхового агента <https://privatbank.ua/strahovaniye> , є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking).

15.6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Полісу Клієнту.

15.7. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», та іншим нормативним актам.

15.8. Факт укладення Договору страхування посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору страхування (заповнення форми, надання відомостей в ІТС Страховика / Страхового агента). Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страхового агента шляхом розміщення Поліса для завантаження в Приват24 (доступний для завантаження у персональному кабінеті в Приват24). Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Страхового агента) в електронній базі Страховика (Страхового агента).

15.9. Сторони домовилися, що розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24 або відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса / повідомлення Страхувальнику про укладення Договору страхування. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

15.10. Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним Договором страхування за перший період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або Страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації Страхового агента (у тому числі розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в ІТС Страхового агента Приват24).

15.11. Повний текст публічної частини Договору (Пропозиції) оприлюднюються Страховиком та є доступними для ознайомлення клієнтів (Страхувальників) на веб-сайті Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/documents/privatbank>, включаючи його мобільну версію. Усі редакції публічної частини Договору (Пропозиції) зберігаються на веб-сайті Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених чинним законодавством України. Публічна частина Договору (Пропозиція) надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/documents/privatbank>.

15.12. Поліс (індивідуальна частина Договору) містить всі істотні умови, передбачені чинним законодавством, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені у Пропозиції.

15.13. Договір (його індивідуальна частина – Поліс) підписується:

- електронним підписом Страхувальника з урахуванням вимог законодавства України та цієї Пропозиції;

- кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

15.14. Час (момент) укладення Договору визначається кваліфікованою позначкою часу накладеного КЕП уповноваженим представником Страховика (Страхового агента), який є невід'ємним реквізитом укладеного Договору.

15.15. Надання Страхувальнику примірника Полісу, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються Страховиком (Страховим агентом) за контактними даними Страхувальника, зазначеними в п.3 Полісі, або шляхом розміщення примірника поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24.

Підписання Страхувальником Полісу та вчинення дій на виконання Договору, в тому числі сплата страхового платежу за Договором підтверджують отримання Страхувальником примірника підписаного Договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

16.1. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін Договору на підставі заяви однієї із сторін Договору шляхом укладення додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до Договору. Зміни до Договору вносяться та надаються Страхувальнику у тій же самій формі та порядку, що і Договір, до якого вносяться зміни.

16.1.1. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані із застосуванням електронної пошти та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

16.2. Підставами припинення дії Договору є:

16.2.1. **припинення дії Договору за згодою Сторін Договору.** При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхового платежу або його частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді;

16.2.2. **припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме:**

- закінчення строку дії Договору. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- несплати, згідно з Полісом, чергового страхового платежу за укладеним Договором протягом 6 (шести) місяців поспіль;
- ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду;
- у разі відсутності сплати страхового платежу на дату досягнення Застрахованою особою віку, за яким п.8.2. Пропозиції передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, Договір страхування припиняється з дати, наступної за кінцевою датою періоду страхування, в якому Застрахована особа досягла відповідного віку згідно з п.8.2.1. Пропозиції;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціюючи Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому:

16.2.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю;

- У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному цим Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин.

16.2.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі.

16.4. Повернення сплаченого страхового платежу або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Договору, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін.

16.5. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття

Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.6. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж повністю протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

17. ІНШІ УМОВИ

17.1. **Страхування здійснюється на підставі ліцензії** Нацкомфінпослуг на право провадження добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) серії АВ № 483282 строком дії з 17.09.2009 р. – безстрокова. Відповідно до п. 17, 18 Розділу XV Закону України «Про страхування» №1909-IX від 18.11.2021 р., дата введення в дію 01.01.2024 р. (далі – Закон) зазначена ліцензія, що діє станом на день введення в дію Закону, продовжує діяти до її переоформлення у ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідних класів страхування, інформація щодо яких вноситься у Реєстр страховиків НБУ протягом шести місяців з дати введення в дію зазначеного Закону. Починаючи з дня внесення такого запису до Реєстру страховиків НБУ – Страховик діє на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (класів) страхування, інформація щодо яких оприлюднюються та міститься у Реєстрі страховиків НБУ. Сторони погодили, що інформація про переоформлення ліцензій Страховика після укладення Договору відображається в Реєстрі страховиків НБУ відповідно до вимог Закону та не потребує внесення змін у Договір.

17.2. **Договір укладається відповідно до Загальних умов страхового продукту “E-like (ПРИВАТБАНК)” №030**, затверджених АТ «СК «АРКС» згідно з Наказом №038-О від 26.03.2024 р., дата початку дії 01.04.2024 р., повний текст яких розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/documents/privatbank> (в тексті Договору – «загальні умови страхового продукту»). Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані особи ознайомлені з загальними умовами страхового продукту.

У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуватимуться положеннями чинного законодавства України, а також зазначених загальних умов страхового продукту. У випадку розбіжностей між загальними умовами страхового продукту та Договору – перевагу мають положення Договору.

17.3. **Терміни в Договорі вживаються в таких значеннях:**

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам на умовах, передбачених цим Договором;

ІТС (Інформаційно-телекомунікаційна система) – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Ідентифікація Клієнта в ІТС - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої

аутентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо;

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Клієнта в ІТС.

Медична інформаційна система (МІС) — інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі;

Система “ЗаХист” — сукупність організаційних і технічних засобів для обміну, збереження та обробки інформації, для надання послуг за Договором.

Сервіс замовлення ліків (СЗЛ) – інформаційно-телекомунікаційна система, призначене для автоматизованого замовлення ліків за страховим продуктом;

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, при настанні Страхового випадку зобов'язаний здійснити Страхову виплату особі, визначеній Договором у якості одержувача Страхової виплати.

Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов Договору страхування.

Лікарські засоби – медикаменти, медикаменти-генерики, лікувальні засоби, медичні вироби (витратні медичні матеріали), у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Пропозиції, які призначені Застрахованій особі її сімейним лікарем у зв'язку з настанням страхових ризиків, передбачених п.6.1. Пропозиції, або такі, що використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій та спрямовані на діагностику або лікування встановленого захворювання (за умови наявності Страхового випадку, згідно умов Договору), згідно з протоколами лікування Міністерства охорони здоров'я України;

Генерик – відтворений лікарський препарат, який за своєю терапевтичною ефективністю та безпекою відповідає оригінальному препарату, взаємозамінний з його патентованим аналогом;

Медичні вироби – матеріали медичного призначення, витратні медичні матеріали;

Захворювання – патологічні зміни організму людини (погіршення стану здоров'я), що проявляється порушеннями його будови, обміну речовин та/або функціонування. За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання. Окремою групою захворювань в Договорі виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом дії Договору;

Критичний стан – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєво важливих функцій організму людини (в першу чергу, діяльність дихальної та серцевої-судинної систем організму).

Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованої особи, що існував до моменту початку даного захворювання;

Хронічне захворювання — захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії;

Загострення хронічного захворювання – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю Застрахованої особи;

Хронічне захворювання в стадії ремісії – період перебігу хронічного захворювання Застрахованої особи, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованої особи порівняно з стадією загострення;

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю та працездатності Застрахованої особи.

Період страхування - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору (періоди страхування застосовуються з урахуванням Розділу 9 Пропозиції).

Період очікування - 14 (чотирнадцять) днів з дати набуття чинності Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів настання захворювання та/або стану, що потребує лікування не буде підставою для отримання будь-яких виплат та сплати послуг по Договору протягом терміну його дії.

Фармацевтичний медичний заклад (аптека) – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, фізичні особи-підприємці, основними завданням яких є забезпечення медичного обслуговування шляхом надання фармацевтичних медичних послуг згідно з чинним законодавством України, з якими Страховик уклав договори про співпрацю (обслуговування застрахованих осіб).

17.3.1. Інші терміни, що вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

17.4. Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію відповідно діючих тарифів.

17.5. Фактична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, становить 50 % страхового платежу.

17.6. Застереження щодо захисту персональних даних:

17.6.1. Страхувальник, підписуючи даний договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

17.6.2. Укладаючи Договір страхування, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику та Асистуючій компанії згоду на отримання Страховиком від третіх осіб (медичних та інших закладів, лікарів приватної практики, свідків настання випадку тощо), які надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі, своїх персональних, медичних та інших даних, які становлять лікарську таємницю, медичну інформацію про стан свого здоров'я, лікування, встановлені діагнози, а також обставини настання випадку тощо).

17.6.3. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням цього Договору Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду Страховику (Страховому агенту, якщо такий агент укладає Договір від імені Страховика) та Асистуючій компанії:

- на обробку їх персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Застрахованій особі / Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним із використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
- на прийняття рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованої особи (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;
- на обробку персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застраховану особу / Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;
- на зберігання їх персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
- на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;
- на надання Страховиком доступу Асистуючій компанії та Медичним закладам до персональних даних Застрахованих осіб та передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;
- на передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих осіб.

17.6.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до п.17.6. Пропозиції. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

17.6.5. Страхувальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих осіб (їх законних представників) на укладення цього Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами цього Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням цього Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

17.6.6. Страхувальник /Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл Асистуючій компанії та Медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за цим Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

17.7. Застереження щодо запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення: належна перевірка клієнта-фізичної особи здійснюється Страховим агентом згідно з вимогами пункту 4 статті 11 Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та додатку 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу. Інформацію та необхідні документи щодо належної перевірки Страховик може отримати від Страхового агента відповідно до укладеного договору на право використання

інструменту покладання. Ідентифікація Страхувальника здійснена Страховим агентом перед встановленням ним ділових відносин. Верифікація Страхувальника здійснена при зверненні до Страхового агента із застосуванням ІТС Страхового агента.

17.8. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що:

17.8.1. до членів його сім'ї та/або близьких родичів не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, він/вони 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 покладання та/або доручення, шляхом обміну документами з використанням кваліфікованого цифрового підпису (електронно-цифрового підпису).

17.8. **Валютне застереження:** валютою страхування за Договором є грошова одиниця України (гривня).

18. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Ця Пропозиція дійсна з **01.07. 2024 року** та діє до оприлюднення на сайті Страховика інформації про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування зазначається у п.9 Полісу.

18.2. Дію попередніх редакцій Пропозицій, зазначених нижче, припинено у зв'язку з оприлюдненням нової редакції Пропозиції.

18.2.1. Перелік попередніх редакцій Пропозиції (в режимі гіпер-посилання):

[Пропозиція № Е2мв23 від 25.12.2023 для договорів, укладених з 25.12.2023 до 30.06.2024 \(включно\)](#)

[Пропозиція № Е1мв23 від 12.01.2023 для договорів, укладених з 01.02.2023 до 24.12.2023 \(включно\)](#)

18.2.2. Укладені договори діють на умовах Пропозиції, що діяла протягом відповідного періоду.

Перший Заступник Голови Правління АТ «СК «АРКС» Межебицький Максим Станіславович, який діє на підставі довіреності №1429/18 від 01.12.2023 року.