

Ця Пропозиція є офіційною публічною офертою АТ «СК «АРКС», код ЄДРПОУ – 20474912, що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти зі Страховиком електронний договір добровільного страхування медичних витрат (продукт «E-likі») (далі – Договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента відповідно до Правил добровільного страхування медичних витрат №019 (нова редакція) (надалі – Правила страхування) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні довірчі послуги» «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на сайті Страховика <https://arx.com.ua/>.

1. СТРАХОВИК

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС»

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

Код ЄДРПОУ 20474912

Свідоцтво про реєстрацію фінансової установи СТ №108 від 17.09.2009 року

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

1.1. СТРАХОВИЙ АГЕНТ

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/>

Контактний телефон Центру Страхування: 3700.

2. СТРАХУВАЛЬНИК

Страховальник – дієздатна фізична особа, що приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень актів цивільного законодавства України, що акцептує умови цього договору, і яка таким приєднанням укладає Договір страхування на користь Застрахованої особи.

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА. ВИГОДОНАБУВАЧ

Застрахована особа – фізична особа, щодо страхування витрат якої укладено Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором страхування.

Вигодонабувачем за цим договором страхування є Застрахована особа, її спадкоємець (спадкоємці) або інша третя особа, яка має право на отримання страхового відшкодування згідно з чинним законодавством України або умовами Договору.

4. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ

Електронний договір страхування (Договір страхування) - електронний договір добровільного страхування медичних витрат) (продукт «E-likі»);

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання договору страхування або отримання страхового відшкодування;

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС) - 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.

Інформаційна система ЗаХист - сукупність організаційних і технічних засобів для обміну, збереження та обробки інформації, що використовується для надання асистанських послуг, зокрема: верифікації Страхувальника та формування заявок в аптеки.

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.

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

Страховий випадок – подія, передбачувана Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату.

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.

Розлад здоров'я (захворювання) – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

Медикаменти та матеріали – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони тощо), призначені лікуючим лікарем або такі, що використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій та спрямовані на діагностику або лікування встановленого захворювання (за умов наявності Страхового випадку, згідно умов Договору) та передбачені Стандартами діагностики та лікування, Протоколами Міністерства охорони здоров'я України

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

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).

Хронічне захворювання – тривале захворювання, яке з моменту його виникнення супроводжує людину протягом тривалого періоду життя, має прогресуючі негативні наслідки для організму людини, циклічність протікання (загострення – ремісії).

Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медична інформаційна система (MIC) – інформаційна телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі.

Програма страхування – медичні послуги, щодо виявлення первинного захворювання з метою запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.

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.

5. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

5.1. Договір укладається в електронній формі та підписується електронними підписами Сторін (шляхом накладення кваліфікованого електронного підпису уповноваженого представника Страховика та електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальника. 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. 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.

5.2. 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; заповнити Електронну заяву, та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням

Договору страхування Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Програмою страхування, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування - Поліс.

5.3. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <http://arx.com.ua/documents/privatbank> та його страхових агентів, а також в ІТС (тощо) Страховика та його страхових агентів, в тому числі але не виключно, з використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).

5.4. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної пропозиції Клієнтом вважається заповнення електронної заяви про укладення Договору страхування та підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до ст. 12 ЗУ «Про електронну комерцію» шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та ведення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. 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. Підписання Страхувальником електронного договору (Полісу) електронним підписом одноразовим ідентифікатором, вважається отриманням Страховиком/страховим агентом відповіді від Страхувальника про прийняття Пропозиції – акцепту.

5.5. Заповненням електронної заяви про укладення Договору страхування Клієнт попередньо узгоджує всі істотні умови Договору страхування. Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування не є укладеним без підписання заяви електронним підписом Страхувальника одноразовим ідентифікатором або власноручним підписом фізичної особи, створеним на екрані електронного сенсорного пристрою.

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

5.7. Після здійснення акцепту Пропозиції та оплати страхового платежу підписаний Сторонами Договір страхування набуває чинності, Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на підтвердження укладення Договору страхування – індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking).

5.8. Факт укладення Договору страхування посвідчується підписаним сторонами Полісом (індивідуальна частина Договору).

5.9. Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу електронною поштою або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення електронною поштою фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

5.10. Сторони домовилися, що відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Поліс на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

5.11. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування) з Додатком №1 «Перелік медичних препаратів, що призначаються відповідно до певних діагнозів за програмою «E-likі», та частково відшкодовуються страховою компанією» (надалі – Додаток №1) до Договору страхування, повний текст якої доступний на сайті Страховика <https://arx.com.ua/documents/privatbank>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

5.12. Погоджуючись з умовами даної Пропозиції:

5.12.1. Страхувальник засвідчує повне розуміння змісту запропонованих Страховиком умов страхування, значень, термінів і понять, усіх положень страхування, порядку укладення та підписання Договору страхування, та розуміє, що шляхом підписання Договору погоджується з усіма умовами, зазначеними в ньому;

5.12.2. Страхувальник надає згоду на отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень.

5.12.3. Страхувальник надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД) та ПД осіб, що підписали цей Договір, як вказаних у цій Пропозиції, так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання Договору, в тому числі на передачу ПД третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика в т. ч. іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних з ПД, з метою: виконання вимог законодавства, Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин і відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Страхувальник-фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД. 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);

5.12.4. Страхувальник підтверджує та визнає, що: до моменту погодження Пропозиції та укладення Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) 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 є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет (www.arx.com.ua), а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком;

5.12.5. Страхувальник підтверджує та визнає, що вся зазначена інформація та всі умови викладені в Пропозиції та Правилах страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору та надав дозвіл/згоду медичним працівникам на розкриття інформації Страховику щодо Застрахованої особи (відповідно до наданого нею погодження) та знімає з медичних працівників (лікарів) відповідальність за збереження лікарської таємниці;

5.12.6. Страхувальник виражає волевиявлення укласти Договір на запропонованих умовах та засвідчує, що погодження зі змістом Пропозиції є його вільним волевиявленням, спрямованим на встановлення визначених у ньому правовідносин, а також правових наслідків, обумовлених Договором;

5.12.7. 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;

5.13. Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної в п. 5.12.7 Договору (в тому числі записів телефонних розмов), іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором;

5.14. 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;

5.15. 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).

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.

5.16. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дня набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику або його страховому агенту, який представляв інтереси Страховика при укладенні Договору страхування електронної заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. Страховик повинен повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного договору страхування протягом 5 (п'яти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна іншій все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають передбачені даним Договором страхування зобов'язання щодо предмету Договору страхування.

5.17. Також, Страхувальник може відмовитися від укладеного Договору страхування шляхом несплати страхового платежу. В такому випадку Договір страхування не набуває чинності.

6. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи) визначеної Страхувальником у договорі страхування за її згодою.

7. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

7.1. Страховими ризиками за цим Договором є:

7.1.1. гостре захворювання;

7.1.2. загострення хронічного захворювання;

7.1.3. розлади здоров'я внаслідок нещасного випадку.

7.2. Страховим випадком є факт одержання медичних послуг Застрахованою особою, а саме: звернення до лікаря з приводу захворювання та одержання медикаментів та медикаментів-генериків, які зареєстровані в Україні та призначені Застрахованій особі його сімейним лікарем у період дії цього Договору в аптеці у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Договору страхування, що є невід'ємною частиною цього Договору.

7.3. Страхова Компанія 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.

7.4. Послуги сплачуються за одним захворюванням – 2 рази на рік. Під "Захворюванням" тут розуміється - діагноз та етіологічно пов'язані із ним стани із одного "нозологічного блоку" згідно МКХ-10 («Міжнародна класифікація хвороб»).

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ.

8.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п. 7 Полісу. Строк дії Договору страхування поділяється на сплачувані періоди страхування. Договір страхування діє за наявності сплати на відповідний(-і) сплачений(-і) період(-и) страхування. При цьому Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу за період страхування на поточний рахунок Страховика. Строк закінчення останнього періоду страхування відповідає строку закінчення Договору страхування.

8.2. Період страхування – 6 місяців. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. Якщо страховий платіж надійшов у діючому періоді страхування, то наступний період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення попереднього періоду страхування.

8.3. Дія Договору страхування продовжується на такий самий строк у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування, якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити. Про такий намір будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше, як за 10 днів до дати припинення дії Договору страхування.

8.4. Якщо на дату початку наступного періоду дії Договору страховий платіж за цей період не був сплачений, Договір не продовжується на наступний період та відповідальність Страховика у цей період не настає. Страховик не здійснює страхову виплату за будь-якими випадками, що трапилися в період дії Договору, за який не було сплачено страховий платіж, а такі випадки не вважаються страховими. Якщо страховий платіж за наступний період дії Договору надходить пізніше дати початку відповідного періоду дії Договору, то дія Договору продовжується і відповідальність Страховика за Договором поновлюється з 00-00 годин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на рахунок Страховика.

8.5. Страховик після першого періоду дії договору 6 місяців може збільшити термін дії договору до 12 місяців з автоматичною пролонгацією на наступні 12 місяців.

8.6. Дія Договору продовжується (лонгується) на такий самий строк у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування, якщо жодна зі Сторін Договору не заявить про намір його припинити та за умови, що на момент такого продовження діє договір доручення зі страховим агентом, за сприяння якого укладено цей Договір. У разі втрати чинності вказаного в цьому пункті договору доручення з будь-яких підстав станом на дату лонгації Договору, Страховик повідомляє про припинення Договору та повертає сплачені страхові платежі на наступні періоди страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів.

8.7. Період очікування - 14 (чотирнадцять) днів з дати набуття чинності Договору або відсутності страхових платежів протягом 3 (трьох) місяців поспіль, 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.

9. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

9.1. Розмір страхової суми складає 10 000,00 грн на період 6 місяців та 20 000,00 грн. на період 12 місяців і зазначається у п.6 Полісу

9.2. Розмір страхового тарифу та платежу залежить від віку Застрахованої особи. Розмір страхового тарифу та страхового платежу змінюється при зміні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік застрахованої особи	Страховий тариф (піврічний/річний)	Страховий платіж (річний), грн	Страховий платіж (піврічний), грн	Страховий платіж (щомісячний), грн
Від 0 до 39 років (включно)	3,6%	720	360	60
Від 40 до 65 років (включно)	4,8%	960	480	80
Від 66 - ...	12%	2400	1200	200

9.3. В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, Договір страхування діє до дати закінчення сплаченого страхового періоду, в якому напустила вказана подія. У разі відсутності сплати страхового платежу на дату досягнення Застрахованою особою вказаного віку, договір страхування припиняється в день досягнення віку Застрахованою особою 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.

9.4. Річний та піврічний страховий платіж зазначається у п.9.2 Пропозиції.

10. ПОРЯДОК ТА СТРОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

10.1. Страхові платежі здійснюються за реквізитами, визначеними в п.8.1 Полісу

10.2. Спосіб сплати: щомісячний регулярний платіж у розмірі 1/12 річного страхового платежу, чи 1/6 піврічного страхового платежу згідно п. 9.2 Пропозиції знімається з карткового рахунку Страхувальника.

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

10.4. Під час сплати страхового платежу в призначені платежу вказується наступне: «Страхова премія за договором № _____ від _____».

10.5. У разі несплати або неповної сплати місячного страхового платежу цей Договір не набуває сили (або припиняє свою дію) і ніякі страхові виплати за ним не здійснюються. У разі сплати наступного місячного страхового платежу цей Договір страхування поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження місячного страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

10.6. При сплаті страхового платежу одноразово - у разі несплати або неповної сплати страхового платежу, цей Договір страхування не набуває чинності до моменту сплати страхового платежу і жодні страхові виплати за випадками, що мали місце в період від дати початку дії Договору страхування, зазначеної в п.7 Полісу, до 00 годин дня, наступного, за днем сплати страхового платежу Страховиком не здійснюються.

10.7. При сплаті страхового платежу рівними частинами (місячними страховими платежами):

- у разі несплати або неповної сплати страхового платежу на перший період страхування цей Договір страхування не набуває чинності до моменту сплати страхового платежу і жодні страхові виплати за випадками, що мали місце в період від дати укладення Договору страхування, до 00 годин дня, наступного, за днем сплати страхового платежу Страховиком не здійснюються;

- у разі несплати частини місячного страхового платежу на наступний період страхування в обсязі визначеному в п. 8.2 Полісу, Страховик не несе відповідальності за випадками, що мали місце в період, починаючи з 00 годин дня, наступного, за останнім днем, визначеним, як сплачений період страхування до 00 год. дня, наступного за днем сплати відповідної частини місячного страхового платежу, при цьому дата закінчення строку дії Договору страхування та сплаченого періоду залишається незмінною. За будь-яких обставин, за випадками, що трапились в період прострочення сплати страхового платежу страховий захист не надається і Страховик не несе відповідальності відповідно до умов Договору страхування.

10.8. У випадку, якщо Страхувальник не сплатить перший страховий платіж протягом 6 місяців від дати укладення Договору страхування (при одноразовій сплаті платежу) або протягом 6 місяців від дати закінчення останнього оплаченого періоду страхування (при сплаті страхового платежу щомісячно) – Договір страхування вважається припиненим і не підлягає поновленню.

10.9. У випадку несплати страхового платежу Страхувальником протягом 3 (трьох), 4 (чотирьох) та 5 (п'яти) місяців поспіль, для наступного першого оплаченого періоду страхування застосовується період очікування 14 днів, 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.

11. МІСЦЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ ЗА ПРОГРАМОЮ

11.1. Місце надання послуг за програмою – Україна, окрім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.

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

12.1. Страховик зобов'язаний:

12.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;

12.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати;

12.1.3. здійснювати Страхові виплати в порядку, передбаченому цим Договором;

12.1.4. не розголошувати відомості про Застраховану особу, щодо стану їх здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

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

12.1.6. 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.

12.2. Страхувальник зобов'язаний:

12.2.1. ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та даним Договором;

12.2.2. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі, протягом строку дії Договору, інформувати Страховика про фактори, які об'єктивно підвищують ступінь страхового ризику, зокрема, погіршення умов праці Застрахованої особи, встановлення Застрахованій особі певної групи інвалідності, встановлення професійного захворювання Застрахованої особи тощо;

12.2.3. при укладенні Договору і протягом строку його дії:

- отримувати у письмовій формі згоду Застрахованих осіб на укладення цього Договору по відношенню до цих Застрахованих осіб та передавати її Страховику за його вимогою;
- 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;

12.2.4. своєчасно вносити страхові платежі (їх частини) у розмірах, встановлених цим Договором;

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

12.2.6. 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.

12.2.7. 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.

12.3. Страховик має право:

12.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні цього Договору;

12.3.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших 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;

12.3.3. протягом 3 (трьох) років з дня здійснення Страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України;

12.3.4. відмовити у Страховій виплаті у випадках, передбачених Договором, Правилами страхування та законодавством;

12.3.5. достроково припинити дію Договору, згідно з його умовами;

12.3.6. протягом дії Договору вносити зміни до Переліку фармакотерапевтичної групи препаратів, які рекомендовані Страховиком для лікування встановленого Застрахованій особі захворювання за даною Програмою;

12.3.7. 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 трьох місяців;

12.3.8. відстрочити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті, 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. Страховик має право не здійснювати виплату страхового відшкодування з підстав, передбачених законодавством у сфері фінансового моніторингу. Страховик має право продовжити строк на здійснення страхової виплати, в разі, якщо в результаті врегулювання страхового випадку та настання строку для Страхової виплати відповідно до цього Договору, не буде завершено належні заходи фінансового моніторингу, що вчиняються Страховиком відповідно до закону – до здійснення таких заходів.

12.3.9. Ініціювати внесення змін та припинення дії Договору страхування.

12.3.10. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмивання) 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.

12.4. Страхувальник має право:

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

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

12.4.3. 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;

12.4.4. достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором;

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

12.4.6. на отримання дублікату Договору у разі втрати оригіналу;

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

12.5. Застрахована особа зобов'язана:

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

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

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

12.6. Застрахована особа має право:

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

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

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

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

12.8. Суперечки по даному Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

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

12.10. 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.

13. ЗМІНИ УМОВ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Цей Договір припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

13.1.1. закінчення строку його дії;

13.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

13.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки;

13.1.4. смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";

13.1.5. прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним.

13.2. Дію цього Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

13.3. Про намір достроково припинити дію цього Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії цього Договору. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 30% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

13.4. Договір страхування припиняє свою дію та не може поновити свою дію у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхових платежів протягом 6 (шести) місяців поспіль.

13.5. Пропозиції Страховика про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування в частині істотних умов Договору, здійснюється шляхом направлення щонайменше за 5 (п'ять) робочих днів до дати запланованої зміни істотних умов, повідомлення, у формі що дає можливість встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі на електронну адресу Страхувальника та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват 24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking).

13.6. Страхувальник має право відмовитися від продовження строку дії Договору страхування на нових умовах шляхом несплати страхового платежу за наступний період страхування або ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування у порядку, визначеному п. 13.3 Пропозиції.

13.7. У випадку подання Страхувальником заяви про дострокове припинення дії Договору страхування протягом 7-ми календарних днів з дати укладення Договору страхування, у разі відсутності страхових випадків, страховий платіж повертається Страхувальнику у повному обсязі.

13.8. Сторони погодили, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до Договору шляхом публікації нової редакції Пропозиції в мережі "internet" на WEB-сторінках Страховика за адресою <https://arx.com.ua>, та/або Страхового агента за адресою: <https://www.pb.ua>, та/або в персональному кабінеті Страхувальника за адресою: <https://www.privat24.ua/>. У разі, якщо Страхувальник не погоджується із внесеними Страховиком змінами, він має право розірвати Договір в односторонньому порядку.

13.9. В будь-якому випадку, факт оплати Страхувальником частини страхового платежу на відповідний наступний період страхування по Договору є підтвердженням прийняття Страхувальником умов тієї редакції Пропозиції, що була опублікована та діє на момент здійснення такої оплати.

14. ПОРЯДОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 14.1.** Огляд, встановлення діагнозу та призначення Застрахованим особам медикаментів-генериків здійснюється сімейним лікарем, з яким Застрахована особа уклала відповідний договір.
- 14.2.** При настанні страхового випадку Застрахована особа, або особа, що представляє її інтереси, зобов'язана звернутися за медичною допомогою до сімейного лікаря.
- 14.3.** Для виконання цього Договору Сімейний лікар повинен встановити діагноз захворювання Застрахованій особі у відповідності до «Міжнародного класифікатора хвороб «МКХ 10» та/або ІСРС 2.
- 14.4.** Сімейний лікар проводить верифікацію Страхувальника шляхом заповнення в МІС номеру договору страхування та дати народження Страхувальника. За цими даними лікар через МІС передає запит до електронної системи «ЗаХист» для підтвердження наявності договору страхування, періоду дії та назви страхової компанії.
- 14.5.** Надаючи сімейному лікарю номер договору страхування та дату народження, Страхувальник надає та підтверджує згоду на використання МІС для передачі знеособлених відомостей про неї (в 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 додатково не повідомляється.
- 14.6.** Згідно зі встановленим діагнозом Застрахованій особі, сімейний лікар повинен оформити електронний рецепт у одній з медичних інформаційних систем (МІС).
- 14.7.** Після отримання Страховиком інформації про зміст оформленого сімейним лікарем електронного рецепту, Страховиком формується замовлення медикаментів (у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Договору страхування в аптеці, в якій мають бути необхідні медикаменти і яка є найближчою до лікувального закладу, де було оформлено електронний рецепт.
- 14.8.** Сповіщення Застрахованої особи про здійснене замовлення здійснюється Страховиком протягом однієї години з моменту отримання Страховиком інформації про зміст оформленого сімейним лікарем електронного рецепту шляхом СМС-повідомленням на мобільний телефон Застрахованої особи, що зазначений в Полісі.
- 14.9.** Застрахована особа повинна протягом 48 годин отримати замовлені медикаменти. Після закінчення даного строку замовлення визнається анульованим. Наступне замовлення можливо тільки після оформлення наступного електронного рецепту.
- 14.10.** Медичне призначення не може перевищувати дозування, яке передбачає прийом препаратів на 14 (чотирнадцять)-денний календарний строк, у випадку продовження лікування повинно бути оформлено нове медичне призначення.

15. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 15.1.** Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором, на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи), рахунку з аптеки за призначені лікарські засоби і страхового акту. Сторони погоджуються, що підставою для здійснення страхової виплати є звернення Застрахованої особи до сімейного лікаря та призначення лікарем відповідного лікування відповідно до Додатку №1 «Перелік медичних препаратів, що призначаються відповідно до певних діагнозів за програмою «E-like», та частково відшкодовуються страховою компанією» до Пропозиції.
- 15.2.** Електронна заява Страхувальника (Застрахованої особи) формується за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика (Страхового агента) на підставі даних по діючому договору страхування, даним Страхувальника (Застрахованої особи), складеної сімейним лікарем Довідки. Сторони домовились, що заява про виплату страхового відшкодування, складена за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента за формою прирівнюється до письмової, і є підставою для виплати страхового відшкодування відповідно до ст. 25 Закону України «Про страхування».
- 15.3.** Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медикаментів-генериків, наданих Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку, не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (зазначеного) в Договорі та у відповідній Програмі страхування.
- 15.4.** Страхова виплата здійснюється закладам охорони здоров'я (медичні заклади або аптеки) на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги та їх вартість. - медичний заклад (аптека), що надавав передбачену Договором та Програмою медичну допомогу Застрахованій особі.
- 15.5.** Розмір Страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичної вартості медикаментів-генериків для Застрахованої особи (відповідно до переліку та лімітів, передбачених Програмою страхування).
- 15.6.** Після здійснення кожної Страхової виплати, Страхова сума для відповідної Застрахованої особи або Ліміт (якщо такий передбачений щодо послуг, за якими була здійснена виплата) зменшується на суму такої виплати. Загальна сума Страхових виплат, здійснених по кожному Страховому випадку з однією Застрахованою особою, передбаченому цим Договором, не може перевищувати загального розміру Страхової суми, встановленої цим Договором для відповідної Застрахованої особи. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця оплаченого періоду страхування, а наступна відповідальність Страховика зменшується на виплачену суму. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія цього Договору страхування в частині відповідальності Страховика припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.
- 15.7.** 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 проведеними страховими виплатами. Якщо страхові виплати по Застрахованій особі склали 100 % страхової суми, дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

15.8. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

15.9. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

16. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. НЕДІЙНІСТЬ ДОГОВОРУ

16.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

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

16.1.2. настання страхового випадку до дати початку страхування, або після дати кінця страхування, або протягом періоду очікування.

16.1.3. інші випадки, передбачені законом, правилами Страхування та цим Договором.

16.2. Страховим випадком не визнається та не підлягає відшкодування витрати на:

16.2.1. лікування не призначене сімейним лікарем;

16.2.2. лікування хронічних захворювань, яких немає в Додатку №1 до Пропозиції;

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

16.2.4. лікування всіх інших захворювань/станів/синдромів поза списком переліку діагнозів, що покриваються Програмою (Договором/Полісом), які зазначені в Додатку № 1 Пропозиції

16.2.5. лікування медикаментами-генериками, які не передбачені Додатком № 1 для відповідного діагнозу;

16.2.6. лікування, об'єм та дозування якого не відповідають п. 14.10 Пропозиції, інструкції медикамента-генерика та Протоколам Міністерства охорони здоров'я України

16.2.7. медикаменти-генерики, які призначені з профілактичною метою.

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

16.4. Страховик не відшкодовує вартість наступних медикаментів:

16.4.1. придбаних за межами аптечної мережі України та/або не зареєстрованих в Україні;

16.4.2. які не призначені (рекомендовані) сімейним лікарем (самолікування);

16.4.3. поза Протоколом лікування конкретного захворювання;

16.4.4. 2 (двох) і більше аналогічних медичних препаратів, що мають однакову дію, чи відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, для лікування одного захворювання (одна група препаратів);

16.4.5. наданих одній Застрахованій особі за одним Страховим випадком більше ніж строк лікування, зазначений в Додатку №1 до Пропозиції з дати першого звернення Застрахованої особи за наданням медичних послуг за даним захворюванням.

16.4.6. 3-тє та наступні звернення за одним і тим же захворюванням впродовж строку дії Договору (впродовж 6 місяців з дати початку дії Договору, та впродовж 12 місяців з дати пролонгації Договору).

16.5. Страховик не відшкодовує страхові випадки протягом періоду очікування, зазначеному у п.10.9 Пропозиції.

16.6. Не можуть бути Застрахованими особи:

16.6.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

16.6.2. 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), злоякісні новоутворення;

16.6.3. психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

16.7. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п. 16.6 Пропозиції, до початку дії Договору страхування, 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 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.

17. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

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

17.2. 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.

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

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

Пропозиція №Е2мв23 від 25.12.2023 р. дійсна з «25» грудня 2023 року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції.

Ця Пропозиція є оприлюдненням нової редакції для Пропозиції №Е2мв23 від 25.12.2023 р. і застосовується для неї з 25 грудня 2023 року, після цієї дати Пропозиція №Е1мв23 від 12.01.2023 р втрачає чинність і продовжує діяти тільки Пропозиція № Е2мв23 від 25.12.2023 р.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

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