

Загальні умови страхового продукту
«TAS – Doctor»

Публічна частина договору медичного страхування
Частина 2

Пропозиція на укладення договору медичного страхування «TAS – Doctor». Ця Пропозиція ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА ГРУПА «TAS» адресується невизначеному колу фізичних та юридичних осіб укласти із Товариством Договір медичного страхування

1.	Страховик	АТ «СГ «ТАС» (приватне) Код ЄДРПОУ 30115243 Юридична адреса 03117, м. Київ, пр. Берестейський, 65 Зареєстровано як фінансову установу розпорядженням Держфінпослуг від 24.06.2004р. №1224, свідоцтво серії СТ №Б0000163, видане 18.02.2021р. телефон контакт- центру: 095 654 7777, 093 654 7777, 097 654 7777 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора)		
2.	Страховальник	дієздатна фізична чи юридична особа дані якої (ПІБ/назва, дата народження, адреса, РНОКПП/ЄДРПОУ, номер телефону та інше) визначені в Частині 1 Договору, яка уклала зі Страховиком Договір шляхом підписання Частини 1 Договору та сплати страхової премії. Страховик та Страховальник далі разом іменуються «Сторони», а кожен окремо – «Сторона».		
3.	Вигодонабуч	Визначена в Частині 1 Договору: Застрахована особа, спадкоємець, представник Застрахованої особи		
4.	Дата укладання	Визначена в Частині 1 Договору		
5.	Ведення редакції в дію	04.06.2024	Виведення редакції з дії	05.08.2025
6.	Клас страхування, ризик	Клас страхування	Ризик в межах класу страхування	
		2	Медичне страхування.	
7.	Місце укладення Договору	юридична адреса Страховика.		
8.	Предмет договору страхування	передача Страховальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.		
9.	Об'єкти страхування	9.1. Інформація про застраховані об'єкти страхування визначена в п.1 Частині 1 Договору. 9.2. Об'єктом страхування є: життя, здоров'я та працездатність ЗО.		
10.	Обмеження/особливості Страхового продукту	10.1. Не можуть бути застрахованими особи: 10.1.1. За індивідуальним варіантом страхування – віком понад 64 роки; 10.1.2. За сімейним варіантом страхування віком старше 49 років; 10.2. Остаточні умови страхування по відношенню до кожної Застрахованої особи, Страховик пропонує на підставі інформації, що надається у Заяві на страхування. 10.3. Страховий продукт передбачає період очікування на умовах, що вказанні у п. 11.18. Частини 2 Договору.		
11.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	11.1. Альтернативна консультація - це консультація, яка призначена з метою отримання Застрахованою особою «другої думки» для виключення будь-якої неточності у діагностичному або лікувальному процесі; 11.2. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю; 11.3. Експериментальні або дослідницькі методи лікування - види лікування, які знаходяться на стадії наукових, клінічних досліджень і експериментів та застосування яких вимагає спеціального юридичного оформлення; 11.4. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається:		

відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем-координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги;

11.5. Індивідуальний варіант страхування – варіант набору умов страхування, щодо Застрахованих осіб, за яким не визначено вимоги щодо: родинного зв'язку та кількості застрахованих певних вікових груп. Страхова премія за таким варіантом страхування розраховується окремо для 3О віком від 0-17 років та віком від 18 років до 64 років на дату укладання Договору;

11.6. Сімейний варіант страхування – варіант набору умов страхування, щодо Застрахованих осіб, за яким визначено вимоги щодо: родинного зв'язку та кількості Застрахованих осіб по певних вікових груп. Особи віком від 19 до 49 років повинні перебувати в цивільному або зареєстрованому шлюбі, особи віком від 0-18 років повинні бути дітьми в тому числі усиновленими та/або над якими встановлена опіка. Страхова премія за таким варіантом страхування розраховується в залежності від кількості 3О віком від 19-49 років та не розподіляється на кожен 3О. Максимальна кількість 3О віком від 19-49 років - 2 особи; віком до 18 років – 20 осіб, мінімальна кількість 3О за Договором - 2 особи з них одна особа віком старше 19 років;

11.7. Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (неповної, часткової ремісії), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає невідкладної медичної допомоги;

11.8. Зміна ступеню страхового ризику - зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що визначена у розділі 26 Частини 2 Договору;

11.9. 3О - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування;

11.10. Кардіохірургія – критичний стан Застрахованої особи, що потребує хірургічної операції, яка здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога в умовах стаціонару, та спрямована на:

- відновлення кровотоку в артеріях серця, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою обхідних трансплантатів (шунтів);

- заміну або лікування одного або декількох серцевих клапанів.

В тому числі страховим випадком буде вважатися критичний стан Застрахованої особи, що потребує хірургічної операції з пластики судин серця, стентування або хірургічного лікування порушень серцевого ритму. Діагноз повинен бути встановлений під час строку дії Договору страхування і підтверджений методом радіологічної діагностики. Необхідність проведення екстреного лікування не визнається страховим випадком;

11.11. Ліміт страхової суми – встановлене цим Договором обмеження в сумі виплати по одній чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, видом збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми в рамках якої він встановлюється;

11.12. Міжнародна класифікація хвороб (далі МКХ) - документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Діючою вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнавати розділ МКХ;

11.13. Невідкладна медична допомога - медична допомога, що надається при екстрених станах Застрахованої, що супроводжуються: непритомністю, судомами, раптовим розладом дихання, раптовим болем у ділянці серця, блюванням кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, тяжкі забої, травми голови), ураженням електричним

струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо), отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах, порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо), а також транспортування Застрахованих осіб для термінової госпіталізації в медичний заклад;

11.14. Нейрохірургія – критичний стан Застрахованої особи, що потребує будь-якого хірургічного втручання на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, в тому числі хірургічного втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку, відповідно до рекомендації нейрохірурга. Діагноз повинен бути встановлений під час строку дії Договору страхування і підтверджений методом радіологічної діагностики, а також лікарем, погодженим зі Страховиком. Під хірургією мається на увазі інвазивна операція, що проводиться в стаціонарі (включаючи стаціонар денного перебування), яка проникає в тканини з метою лікування захворювання;

11.15. Нетрадиційна медицина (нетрадиційні методи лікування) - лікування методами, ефективність яких не доведена клінічними дослідженнями, але які можуть бути обґрунтовані з точки зору медичної науки. Це такі види лікування як аромо-терапія, гірудо-терапія, голкорексфлексотерапія, тощо;

11.16. Нозологічна одиниця – це певна хвороба яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів;

11.17. Онкологія (злоякісне новоутворення) - це будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути підтверджений результатами гістологічних або/та цитологічних досліджень;

11.18. Період очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування. Страхові випадки, що настигли в період очікування не покриваються даним Договором.
При зміні варіанту страхування, Договору страхування та /або Програми відносно конкретної Застрахованої, після закінчення чергового періоду страхування, період очікування відсутній по тих ризиках які були обраними у попередньому страховому періоді і не було періоду протягом якого страховий захист не надавався.
При продовженні дії Договору на умовах Розділу 7 Частини 1 Договору період очікування відсутній;

11.19. Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками;

11.20. Професійний спорт – заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях;

11.21. Страхова премія – плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором страхування;

11.22. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. За цим Договором страхова сума встановлена за типом «агрегатна», тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати;

11.23. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства;

11.24. Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;

		11.25. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору та вираховується при розрахунку розміру страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку; 11.26. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
12.	Умови страхового покриття за договором страхування	12.1. Перелік страхових ризиків та визначення страхових випадків. 12.1.1. Страховими ризиками є гостре захворювання/стани, перелік яких вказано у Розділі 2 Частини 1 Договору, з врахуванням обраної програми страхування. 12.1.2. Страховим випадком за Договором є понесення витрат на отримання ЗО медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання страхового ризику. 12.2. Строк дії один рік, що може продовжуватись на умовах визначених у Розділі 7 Частини 1 Договору. 12.3. Страхова сума/ліміти/ є агрегатними та визначаються в залежності від обраної програми страхування. 12.4. Територія дії Договору - Україна. Дія Договору не поширюється: на тимчасово окуповану Російською Федерацією (в тому числі її союзниками та/або збройними формуваннями, підпорядкованими силовим структурам Російської Федерації та її союзників або приватним особам) територію України; територіальні громади, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні); населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку). 12.5. У випадку якщо лікування онкології не може бути проведено в Україні через відсутність лікувально-діагностичної бази, Страховик здійснює страхове відшкодування вартості лікування за кордоном у розмірі та лімітах, що визначені даним Договором та Програмою, у випадку якщо країна та медичний заклад отримання медичної допомоги є попередньо угодженим зі Страховиком. Якщо Страхувальник/Застрахована особа (законний представник) обрав медичний заклад за кордоном без узгодження зі Страховиком або з недотриманням рекомендацій Страховика – Страховик відшкодовує вартість лікування, що визначена цим Договором та Програмою з врахуванням франшизи 50% від фактичних витрат. 12.6. У випадку якщо лікування онкології поза територією дії Договору здійснюється за бажанням Застрахованої особи (законного представника) Страховик відшкодовує вартість лікування, що визначена цим Договором та Програмою з врахуванням франшизи 50% від фактичних витрат. 12.7. Перелік послуг, що організовується та оплачується Страховиком при настанні страхового випадку: 12.7.1. Медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах, а саме: 12.7.1.1. консультації /огляди лікарів, в т.ч. лікарів-фахівців. При лікуванні «Онкології (злоякісні новоутворення)» відповідальність Страховика обмежується лімітом: передопераційна консультація - 300 Євро по окремій консультації, альтернативна консультація (повторна оцінка патології) - 300 Євро/1 консультація протягом одного страхового року; послуги молодшого медичного персоналу в післяопераційний період 300 Євро/за день госпіталізації, але в жодному випадку не більше 8 днів госпіталізації; 12.7.1.2. діагностичні медичні втручання, в т.ч. лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика; 12.7.1.3. лікувальні медичні втручання (крім імплантації), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування, що застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями за погодженням зі Страховиком; 12.7.1.4. імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування, включаючи вартість імплантів на суму не більше еквіваленту 15 000

(п'ятнадцять тисяч) євро на рік на один страховий випадок;

12.7.1.5. лікарські засоби, при цьому передбачено придбання ліків зареєстрованих МОЗ України та/або ліків, затверджених FDA (управління контролю за харчовими продуктами та медикаментами США) і ЕМА (європейське агентство з медичних засобів);

12.7.1.6. витрати на перебування в стаціонарних умовах (госпіталізацію) **строком до 10 (десяти) календарних днів, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів.**

12.7.2. Ліміт відповідальності Страховика за даним Договором по медикаментозному забезпеченню в тому числі хіміотерапія, гормонотерапія становить **не більше 50% від страхової суми, ліміт відповідальності по оперативним втручанням становить не більше 20% від страхової суми.**

12.7.3. Витрати на лікування одного страхового випадку покриваються Страховиком до моменту завершення лікування та на умовах визначених програмою страхування. Датою закінчення лікування вважається дата останнього візиту до лікаря після якого Застрахованій особі не призначили новий курс лікування, окрім профілактичних обстежень та медикаментів, або контрольний огляд лікаря. Протягом наступного року страхування Страховик покриває 4 візити до лікаря з покриттям послуг передбачених п.12.7.1.1-12.7.1.3. Частина 2 Договору та 12.7.4.1.- 12.7.4.3. Частина 2 Договору. В наступні 3 роки Страховик покриває профілактичні огляди 1 раз на рік.

12.7.4. Додаткові послуги та/або витрати при проведенні діагностики та/або лікування поза місцем постійного проживання:

12.7.4.1. квиток в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) супроводжуючої особи до місця проведення діагностики та/або лікування.

12.7.4.2. зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, в місці, де буде проведено діагностику та/або лікування.

12.7.4.3. проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) супроводжуючої особи або 2 (двох) супроводжуючих осіб, якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує, в місці проведення лікування та/або діагностики. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Строк проживання обмежується 10 (десятьма) календарними днями, цей період може бути продовжений на 8 (вісім) календарних днів після здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі.

12.7.5. Ліміт відповідальності по п.п.12.7.4.1, 12.7.4.2, 12.7.4.3. Частина 2 Договору встановлюється на рівні **3 000 євро** на рік сукупно.

12.7.6. За ризиком Нейрохірургія Страховик здійснює виплату по факту надання підтверджуючих документів в таких розмірах:

- при доброякісних новоутвореннях, які вимагають нейрохірургічних втручань та є життєвонеобхідними для людини – **5000 євро**, якщо Застрахована особа пройшла лікування, яке було попередньо узгоджене зі Страховиком у недоговірних медичних закладах через не можливість лікування в медичних закладах передбачених Договором, у тому числі поза територією України;
- при злоякісних новоутвореннях в розмірі **25 000 євро** якщо Застрахована особа пройшла лікування, яке було попередньо узгоджене зі Страховиком у недоговірних медичних закладах в Україні, через не можливість лікування в медичних закладах передбачених Договором або покриття витрат на лікування, що визначенні цим Договором у відповідності до лімітів за п.12.7.2. Частина 2 Договору з урахуванням франшизи.

12.8. За ризиком кардіохірургія у випадку неможливості організації медичної допомоги у медичних закладах визначених цим договором, у тому числі поза територію України та при наданні підтверджуючих документів Страхова виплата становить **10 000 євро.**

12.9. У випадках застосування експериментальних методів лікування, які не є затвердженими протоколами лікування України, але є затвердженими медичними міжнародними співтовариствами в країнах Європи та США, ліміт відповідальності відповідає п. 12.7.2. та 12.7.3. Частина 2 Договору.

		12.10. Перелік базових Медичних закладів для надання медичної допомоги: ІОЛ «Лісод», ОК «Інновація», Добробут, Дельта мед_ Verum, Інститут серця МОЗ, Hart Life Hospital, Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова, МЦ Св.Параскеви, МЦ «Меділюкс», TomoClinic , Garvis.
13.	Права та обов'язки сторін та ЗО	13.1. Страхувальник має право: 13.1.1. внести зміни, достроково припинити, відмовитись від Договору страхування на умовах визначених у Розділі 15-16 Договору; 13.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника або отримати повторно відправлення форми договору за допомогою інформаційно-телекомукаційних систем, в тому числі, за допомогою електронної пошти, у випадку оформлення договору в електронному вигляді; 13.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок; 13.1.4. оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати; 13.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі. 13.2. Страхувальник зобов'язаний: 13.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування; 13.2.2. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування; 13.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування; 13.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; 13.2.5. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку; 13.2.6. повідомити Страховику про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу стосовно застрахованої особи та/або Вигодонабувача; 13.2.7. ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору, роз'яснити порядок їх дій у разі настання страхового випадку, при цьому отриманням згоди на укладання Договору є факт заповнення та підписання заяви на страхування ЗО/представником ЗО; 13.2.8. Страхувальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання письмового повідомлення від Страховика повернути Страховикові суму отриманого страхового відшкодування, якщо після виплати страхового відшкодування Страховиком будуть встановлені обставини, які позбавляють Страхувальника, Застраховану особу (Вигодонабувача) права отримання страхового відшкодування за Договором; 13.3. Страховик має право: 13.3.1. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, фізичних осіб, що володіють інформацією про обставини страхового випадку або компетентні в проведенні відповідних досліджень, а також самостійно з'ясовувати обставини та причини страхового випадку. Здійснення таких дій Страховиком не є підставою для визнання події, що сталася, страховим випадком; 13.3.2. залучити за власний рахунок експерта тощо до розслідування обставин, причин та наслідків події, що в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок; 13.3.3. відстрочити страхову виплату та/або відмовити у страховій виплаті в

порядку, передбаченому цим Договором;

13.3.4. запитувати Страхувальника надання додаткових документів, що необхідні для здійснення страхової виплати;

13.3.5. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору, отримати від Страхувальника (ЗО) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я ЗО;

13.3.6. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору так і протягом дії Договору.

13.4. Страховик зобов'язаний:

13.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;

13.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог цього Закону України «Про страхування»;

13.4.3. не розголошувати відомостей, що становлять таємницю страхування, крім випадків та порядку, встановлених законодавством України;

13.4.4. не розголошувати відомості про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю Страховика, аудитори, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками Страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з законом.

13.4.5. контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування;

13.5. Застрахована особа (її законний представник) має право:

13.5.1. здійснювати дії у відповідності до п.п. 13.1.3.-13.1.5. Частини 2 Договору.

13.6. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:

13.6.1. при укладенні Договору повідомляти на вимогу Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, інформацію за формою у заяві на страхування, тощо);

13.6.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;

13.6.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;

13.6.4. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у Медичному закладі;

13.6.5. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги наданої внаслідок:

13.6.5.1. свідомої передачі Особою страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;

13.6.5.2. ускладнення захворювання внаслідок свідомого порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

13.6.5.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку, під час настання якого Страхувальник був у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;

13.6.5.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих

		відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт; 13.6.6. витрати Страховика, зазначені в п.13.6.5 цього Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.
14.	Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	14.1. Відповідальність Сторін: 14.1.1. за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) з вини Страховика, в разі отримання страхової виплати (страхового відшкодування) безпосередньо Страхувальником або представником Страхувальника, правонаступником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем, опікуном, піклувальником, Страховик сплачує такій особі штраф у розмірі 0,01 відсотків від облікової ставки НБУ (діючої на дату страхового випадку) від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати (страхового відшкодування). 14.1.2. 14.1.3. Страховик не несе відповідальності щодо виплати штрафу (неустойки) Страхувальнику у разі перерахування страхової виплати (страхового відшкодування) асистуючій компанії, аптеці, медичним закладам, станції технічного обслуговування, іншим особам, які надають послуги в межах договорів страхування, так як страхова виплата (страхове відшкодування) виплачувалась не Страхувальнику (Вигодонабувачу). В таких випадках, в разі несвоєчасного здійснення страхової виплати (страхового відшкодування), відповідальність Страховика визначається відповідно до умов договорів про співпрацю або надання послуг застрахованим особам / страхувальникам. 14.1.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами). Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безлади, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо. У такому разі Страховик звільняється від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань даного Договору. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання обставин непереборної сили (форс-мажору) в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України. 14.1.5. Страховик звільняється від відповідальності, виплата страхового відшкодування чи будь-яких компенсацій не проводиться та надання будь-якої

		вигоди за цим Договором не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій Організації Об'єднаних Націй або торгівельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або Перестраховику за договором перестраховування, згідно з яким перестраховано цей Договір, здійснювати страхування або перестраховування або сплачувати страхове відшкодування за цим Договором або за договором перестраховування. 14.1.6. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з законом.
15.	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	15.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви однієї зі Сторін, оформлюються додатковими договорами до договору страхування. 15.2. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з дати, визначеної Сторонами в додатковому договорі до договору страхування. Якщо Сторони не досягли згоди щодо внесення змін до Договору, то Сторона, що вимагає таких змін, має право в односторонньому порядку ініціювати припинення дії Договору згідно з законодавством України. Такий Договір припиняє свою дію на 30 (тридцять) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої зі Сторін про реалізацію іншою Стороною Договору цього права. 15.3. Страхувальник, протягом строку дії договору страхування, має право змінювати ЗО за згодою Страховика. 15.4. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою сторін у таких випадках: 15.4.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії; 15.4.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми. 15.5. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у зв'язку з невиконанням страхувальником умов договору страхування. 15.6. Заміна Сторони у договорі страхування: 15.6.1. у разі смерті страхувальника, який уклав договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих. 15.6.2. у разі визнання судом фізичної особи - страхувальника недієздатною права і обов'язки такої особи за договором страхування переходять до її опікуна, а дія договору страхування відповідальності припиняється з дня визнання особи недієздатною. 15.6.3. У разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника 15.7. Заміна Страховика у договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та страхувальником або Договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону. 15.8. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика 15.9. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: 15.9.1. закінчення строку дії Договору страхування; 15.9.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі; 15.9.3. несплати Страхувальником страхової премії (або відповідної її частини) у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах. При цьому дія цього

		Договору автоматично припиняється з 00:00 годин 30 дня, що йде за днем, зазначеним як строк внесення чергової частини страхової премії. Страховик не зобов'язаний пред'являти вимогу про сплату страхової премії. 15.9.3.1. У випадку несплати чергової частини страхової премії у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах, страховий захист по цьому Договору призупиняється з 00:00 годин дня, що визначений як строк внесення страхової премії або її чергової частини. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена у період 30 днів від дати, яка визначена у договорі як дата сплати чергової частини страхового платежу, Страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин, наступного за днем зарахування коштів на рахунок Страховика. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період призупинення дії страхового захисту, при цьому призупинення страхового захисту не впливає на строк дії Договору страхування, дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною 15.9.3.2. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена після припинення його дії, відповідно до п.15.9.3. Сторони погодили, що дія Договору відновлюється з дати сплати страхового платежу на рахунок Страховика, а страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин 11 ого дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період з 00-00 год. дня, наступного за днем прострочення (несплати) Страхувальником чергової частини страхової премії, по 00-00 год. дня, 11 дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика, при цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною. 15.9.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування»), або визнання фізичної особи недієздатною (для договорів страхування відповідальності); 15.9.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; 15.9.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним; 15.9.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування. 15.10. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Страховик не обмежує Страхувальника у праві дострокового припинення договору страхування, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством. Страховик має право достроково припинити договір страхування без згоди страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України. 15.11. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування. 15.12. У разі дострокового припинення договору страхування за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю сторін Договору страхування. 15.13. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування: 15.13.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами договору, - за таких обставин: 15.13.1.2. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням страховиком умов договору страхування; 15.13.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування; 15.13.2. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України; 15.13.3. особі, визначеній на підставі законодавства України, - в разі ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи, або
--	--	--

		фізичної особи - підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування». 15.14. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у договорі страхування. 15.15. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченої страхової премії (страхову премію, сплачену за період страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення, для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування та перевищує один рік) у разі дострокового припинення дії договору страхування у випадку: 15.15.1. вимоги Страхувальника в разі порушення страховиком умов договору страхування; 15.15.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування; 15.15.3. припинення страховиком діяльності та виконання страхового портфеля; 15.15.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним. 15.16. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування страхувальником відповідно до статті 56 Закону здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі страховиком страхового портфеля. 15.17. Сплачена страхова премія не повертається, у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі. 15.18. Сплачена страхова премія (її частина) або частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, у разі дострокового припинення дії договору страхування підлягає поверненню застрахованій особі, яка її сплатила, якщо згідно з умовами договору страхування на застраховану особу покладено обов'язок зі сплати страхової премії (її частини) і така особа сплатила страхову премію (її частину). 15.19. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється страховиком не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України. 15.20. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, 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 в здійсненні страхової виплати. 15.21. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
16.	Порядок відмови від договору страхування	16.1. Страхувальник має право у письмовій (електронній) формі повідомити Страховика, протягом 30 календарних днів, з дня укладення договору страхування про відмову від такого договору без пояснення причин, крім: 16.1.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; 16.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування; 16.1.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, протягом десяти робочих днів з дня отримання такої заяви, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
17.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	17.1. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа/представник повинна негайно, але не пізніше як протягом 48 годин після отримання висновку лікаря, звернутися до Страховика за телефонами: (095) 654 77 77; (093) 654 77 77; (097) 654 77 77 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора) або шляхом звернення через Паблік акаунт СГ ТАС

		(Telegram) чи мобільний застосунок «Мій ТАС», та повідомити наступну інформацію: - прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи; - номер Договору страхування; - причину звернення (діагноз); - фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів; - іншу інформацію на запит Страховика. 17.2. Не пізніше 5 робочих днів після отримання висновку лікаря Застрахована особа/Страхувальник повинна надати на розгляд Страховику всю наявну медичну документацію щодо випадку, що може бути визнано страховим: - консультативний висновок спеціалістів (лікар онколог, хірург, інші фахівці), які містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, проведені обстеження, перелік наданих медичних послуг. - результати всіх проведених досліджень/аналізів – КТ, МРТ, ПЕТ КТ, X-RAY, аналіз крові та інші наявні; - консультативний висновок патологоанатома. 17.3. Страховик має право вимагати інші документи, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати і розрахунку розміру страхової виплати або про відмову здійснити страхову виплату. 17.4. У разі визнання Страховиком події страховим випадком – Страховик погоджує із Застрахованою особою/її представником план лікування з врахуванням умов Програми страхування. 17.5. Не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня погодження плану лікування між Страховиком та Застрахованою особою/її представником, Страховик організовує надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором згідно плану лікування. 17.6. Страховик припиняє надання послуг Застрахованій особі протягом 5 робочих днів з дня отримання інформації про виявлення під час проведення діагностування та/або лікування у Застрахованої особи хронічних захворювань, що не були зазначені у Заяві на страхування, або, якщо діагноз, щодо якого проводилося діагностування та/або лікування, не підтвердився.
18.	Порядок розрахунку страхових виплат	18.1. Загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадкам не може перевищувати страхову суму на кожну Застраховану особу та встановлених лімітів страхових сум на Застраховану особу чи групу Застрахованих осіб, зазначених в Програмі страхування. 18.2. Розмір страхової виплати визначається з фактичних витрат на отримання медичної допомоги з врахуванням умов щодо франшизи за Розділом 9 Частини 1 Договору та лімітів відповідальності Страховика, що передбачені Розділом 12 Частини 2 Договору.
19.	Умови здійснення страхових виплат	19.1. Страхова виплата здійснюється: 19.1.1. Медичному закладу за надані Застрахованій особі послуги згідно з договором про співпрацю; 19.1.2. Застрахованій особі/її представнику у випадках, що прямо визначенні у Договорі та у випадках самостійної оплати послуг, якщо це було попередньо узгоджено зі Страховиком. 19.2. Для здійснення Страховиком страхової виплати Страхувальник /Застрахована особа повинен надати Страховику такі документи: 19.2.1. заяву на страхову виплату встановленого зразку В заяві зазначаються: дата подання заяви, перелік всіх поданих фінансових документів, прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, країну громадянства та постійного місця проживання, паспортні дані, РНОКПП, адреса проживання, номер мобільного телефону, реквізити у форматі IBAN). Заява обов'язково має бути завірена власним підписом; 19.2.2. примірник Договору (індивідуальної частини); 19.2.3. документ з медичної установи: виписка з медичної карти амбулаторного хворого; виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз); консультативний висновок спеціаліста, які містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв

		медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг. Довідка з медичної установи має бути підписана лікарем, містити печатку медичного закладу, або бути на фірмовому бланку медичного закладу. Виписка з історії хвороби має бути підписана головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичної частини) з печаткою Медичного закладу; 19.2.4. фінансові документи, що підтверджують факт оплати медичної допомоги (медикаментів) – фіскальні чеки, квитанції до прибуткового касового ордеру, квитанція банківської оплати (з зазначенням назв медикаментів, товарів, послуг). У випадку, якщо у фіскальних чеках або квитанціях не зазначені конкретні назви медикаментів, товарів та послуг – до таких документів обов'язково надається товарний чек (накладна, акт виконаних робіт) в яких зазначені конкретні медикаменти, товари, послуги. На квитанції до прибуткового касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка; 19.2.5. при отриманні медичної допомоги (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності (ФОП) – копію свідоцтво про державну реєстрацію/виписки фізичної особи-підприємця, копію документа, який підтверджує сплату ФОП податку за відповідний період (свідоцтво, квитанція банківської оплати), копію ліцензії на від діяльності ФОП (якщо, не зазначено в документах про сплату податку); 19.2.6. копія довідки про присвоєння РНОКПП Застрахованій особі (її законного представника); 19.2.7. копія паспорту Застрахованій особі (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації) (її законного представника); 19.3. Якщо страхова сума визначена у валюті іншій ніж національна валюта України (гривня), страхові виплати/страхове відшкодування особі - резиденту України здійснюються в національній валюті України за курсом НБУ на день страхового випадку. 19.4. Страховик має право письмово вимагати інші документи, які уточнюють обставини настання страхового випадку при здійсненні страхової виплати. 19.5. Вищезазначені документи Застрахована особа повинна надати Страховику у термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту закінчення лікування. У випадку не виконання цієї вимоги Страховик має право повністю відмовити у страховій виплаті. Заява та документи надаються в паперовій формі, або за погодженням Страховика в електронній формі. 19.6. Страховик залишає за собою право вимагати оригінали документів без роз'яснення причини. 19.7. Застрахованій особі (її законним представником), у разі самостійної оплати медичної допомоги необхідно зберігати оригінали, якщо страховику надавалися копії, усіх фінансових, медичних та інших документів протягом 3 років після отримання послуг.
20.	Суброгація (перехід права вимоги)	20.1. Не застосовується
21.	Підстави відмови у страховій виплаті	21.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями; 21.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 21.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; 21.4. Одержання Страхувальником або Вигодонабувачем, чи 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; 21.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших 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) 21.6. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування; 21.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором; 21.8. Відмова ЗО від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після або до настання страхового випадку.
22.	Порядок укладання договору страхування	22.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію. 22.2. У паперовому вигляді договір укладається на паперовому носії шляхом підписання Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, яка підсуються обома сторонами. Підписанням Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частини 1 (Індивідуальної частини) та Частині 2 (Публічній частині) Договору. Підписана обома сторонами Частина 1 (Індивідуальна частина) Договору та додатки до неї (за наявності) видається Страхувальнику одразу після його підписання. 22.3. У порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", Договір укладається на умовах публічної пропозиції (оферти), якою виступають дані Загальні умови страхового продукту (Частина 2 (Публічна частина) Договору) що розміщується на сайті Страховика на сторінці за посиланням https://sgtas.ua/zus-doctor та прийняття її Страхувальником (акцепту) з використанням інформаційно-комунікаційної системи (ІКС) Страховика та/або його посередника, у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», Цивільного кодексу України та Закону України «Про електронні довірчі послуги». Реєстрація клієнта в інформаційно-комунікаційній системі Страховика(Посередника) здійснюється на підставі наданих клієнтом даних, необхідних для укладення договору страхування, та підтверджується наданням одноразового ідентифікатора, який передається клієнту засобом електронного зв'язку, вказаному під час реєстрації у інформаційно-комунікаційній системі Страховика. В подальшому даний одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного договору страхування 22.4. Безумовним прийняттям (акцептом) умов пропозиції (оферти) Страхувальником вважається: - заповнення ним Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, яка є формою прийняття пропозиції та її підписання удосконаленим електронним підписом з кваліфікованим сертифікатом (УЕП), кваліфікованим електронним підписом (КЕП) або електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його посередником на електронну пошту та /або на мобільний телефон Страхувальника та вводиться Страхувальником в ІКС Страховика або його посередника. При цьому підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». 22.5. Заповнення Страхувальником Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору без накладення підпису не призводить до обов'язку останнього укласти Договір страхування. У випадку не підписання Страхувальником Договору, останній вважається неукладеним. 22.6. Після підписання договору Страхувальником, уповноважена особа Страховика присвоює номер Договору та підписує Договір за допомогою КЕП або УЕП із кваліфікованим сертифікатом (з використанням кваліфікованої позначки часу). У разі не підписання Договору Страховиком, договір вважається неукладеним. 22.7. У електронному вигляді договір укладається шляхом підписання Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, яка підсуються обома сторонами з

		використанням КЕП або УЕП з кваліфікованим сертифікатом. Підписанням Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частини 1 (Індивідуальної частини) та Частині 2 (Публічній частині) Договору. 22.8. Використання електронного підпису Сторонами Договору не може тлумачитись як таке, що обмежує право Сторін вчиняти правочини у вигляді паперових документів (змінювати, доповнювати або припиняти дію електронного Договору правочинами викладеними в паперовій формі і навпаки) . 22.9. Страховик направляє на електронну адресу, або іншим способом обраним Страхувальником, примірник Договору страхування з додатками, підписаний обома сторонами Страхувальнику одразу після підписання такого договору, але не пізніше початку строку його дії або не пізніше дня укладення договору страхування, якщо договором страхування визначено ретроактивну дату. Страховик за зверненням Страхувальника зобов'язаний виготовити паперову копію Договору, укладеного в електронній формі протягом 3 робочих днів з дня звернення. 22.10. Страхувальник, що приєднався до цього Договору, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування. 22.11. Підписуючи Частину 1 цього Договору, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах. 22.12. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.
23.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	23.1. Не відноситься до страхових випадків і страхова виплата не проводиться: 23.1.1. якщо збиток настав опосередковано або внаслідок: загрози війни, збройного конфлікту або серйозної погрози такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дій іноземного ворога, інтервенції, загальної військової мобілізації, воєнних дій, а також маневрів, військових заходів та їх наслідків, оголошеної та неоголошеної війни, дій суспільного ворога, збурення, терористичних актів та/або антитерористичних операцій та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, громадянської війни, бунтів, громадських хвилювань, страйків, диверсій, піратства, безладів, вторгнення, блокади, революції, заколотів, військових або народних повстань, масових заворушень, державного чи військового перевороту, винних (умисних або необережних) дій чи бездіяльності, які посягають на громадський порядок, дій, що викликані трудовими конфліктами, введення комендантської години, введення військової влади або військового стану або стану облоги, експропріації, конфіскації, примусового вилучення чи відчуження майна, захоплення підприємств, націоналізації, реквізиції, узурпації влади, громадської демонстрації, знищення або пошкодження майна за розпорядженням військової або цивільної влади та/або командування Об'єднаних сил, за наявності або відсутності причинно-наслідкового зв'язку. 23.2. Зі страхового покриття виключаються: 23.2.1. захворювання та/або медичні стани, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, що не передбачені у обраній Програмі страхування та не відповідають визначенням страхових ризиків за п. 11.10., та/або п.11.14., та/або п. 11.17. Частини 2 Договору; 23.2.2. послуги, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях; 23.2.3. психохірургія; 23.2.4. лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки; 23.2.5. лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;

23.2.6. будь-які хірургічні операції з трансплантації органів,;

23.2.7. будь-якого виду трансплантації кісткового мозку та інших органів медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бариатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках Програми страхування та відповідно до її умов;

23.2.8. послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);

23.2.9. послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку, крім послуг передбачених альтернативною консультацією.

23.3. Не визнається страховим випадком:

23.3.1. медична допомога отримана поза строком та територією дії Договору, за винятком якщо медичне лікування не було завершено до моменту закінчення терміну дії Договору страхування, витрати на лікування в стаціонарі підлягають оплаті Страховиком в межах ліміту, щодо послуг, які були погоджені зі Страховиком та надані Застрахованій особі, протягом 30 (тридцяти) днів з моменту закінчення терміну дії Договору страхування. Якщо звернення щодо страхового випадку було подано Застрахованою особою та погоджено Страховиком протягом терміну дії Договору страхування, Страховик несе зобов'язання по оплаті послуг, передбачених умовами програми страхування, на термін не більше 30 (тридцяти) послідовних днів після закінчення терміну дії Договору страхування;

23.3.2. послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором страхування, в т.ч. в разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених Договором;

23.3.3. послуги, які не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування з приводу захворювання;

23.3.4. захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);

23.3.5. розлад здоров'я, в тому числі травматичне пошкодженням, яке настало в результаті занять спортом на професійному рівні, а також в результаті заняття Застрахованою особою наступними екстремальними видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя і здоров'я: автоспорт, мотоспорт, альпінізм, спелеологія, бокс та будь-які інші види бойових єдиноборств, екстремальні види велоспорту (включаючи маунтинбайк), фридайвінг, скайсерфінг, дайвінг (глибина занурення більше 25 метрів), кайтінг, бейсджампінг, екстремальні водні види спорту (в тому числі, аквабайк, водні лижі), парашутний спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, кінний спорт;

23.3.6. розлад здоров'я Застрахованої особи, який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;

23.3.7. розлад здоров'я, який настав в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольними електричними мережами;

23.3.8. розлад здоров'я, який настав під час або в результаті управління Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

23.3.9. розлад здоров'я, який настав в результаті здійснення Застрахованою особою протиправних діянь, а також в результаті вчинення або підготовки терористичного акту;

23.3.10. розлад здоров'я, який настав в результаті навмисного заподіяння

		Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, спроби самогубства, в тому числі пов'язаних з психічними захворюваннями або розладами поведінки; 23.3.11. розлад здоров'я, пов'язаний із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні; 23.3.12. послуги, не передбачені обраною Програмою страхування; 23.3.13. розлад здоров'я, пов'язаний зі службою Застрахованої особи в різних збройних силах, в тому числі, але не обмежуючись: службою в армії, поліції, пожежній бригаді, пенітенціарних службах; 23.3.14. розлад здоров'я, пов'язаний з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або, про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії Договору страхування, якщо лікування, передбачене обраною Програмою страхування, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладання Договору страхування; 23.3.15. отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені обраною Програмою страхування або вибір яких не був узгоджений із Страховиком. 23.3.16. медикаменти, не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або незареєстровані МОЗ України. Даний пункт застосовується якщо надання медичної допомоги / надання послуг відбулось на території України. 23.3.17. непрямі збитки, в тому числі вартість перекладу документів українською мовою та засвідчення його вірності, банківські комісії і т. ін. 23.4. Додатково зі страхового покриття, описаного в п.11.17.Частини 2 Договору виключається: 23.4.1. пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові; 23.4.2. злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002; 23.4.3. захворювання шкіри наступних типів: 23.4.3.1. гіперкератоз і базально-клітинна карцинома; 23.4.3.2. плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи; 23.4.4. ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ); 23.4.5. рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона; 23.4.6. хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L).
24.	Порядок вирішення спорів	24.1. Механізм захисту прав споживачів фінансових послуг в АТ «СГ«ТАС» (приватне) та порядок реєстрації, розгляду та опрацювання звернень громадян, юридичних осіб, органів державної влади України та місцевого самоврядування визначений «Порядком реєстрації, розгляду та опрацювання звернень громадян, юридичних осіб, органів державно влади України та місцевого самоврядування АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА ГРУПА «ТАС» (приватне)». Спірні питання по договору страхування між Страхувальником, потерпілою третьою особою та страховиком розв'язуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірних питаннях не призведуть до обопільної домовленості сторін, вирішення суперечок здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України, в тому числі шляхом звернення до суду. 24.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://sgtas.ua/info
25.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	25.1. Контакт-центр Страховика за номером (вартість дзвінка згідно з тарифами оператора): +38 (093) 654 7777, +38 (095) 654 7777, +38 (097) 654 7777
26.	Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового	26.1. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику перед укладенням Договору страхування інформацію, що визначена у Заяві на страхування – Додаток №1 до договору та Медичній анкеті про стан здоров'я якщо Страховик

	ризик	вимагає її заповнення.
27.	Гранична максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	50%
28.	Інші умови	28.1. Сторони погодились, що місцем виконання Договору (місцем виконання зобов'язання) є місцезнаходження Страховика, а саме: юридична адреса Страховика, підсудність. 28.2. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено за цим Договором окремий порядок їх надання). 28.3. Якщо будь-яке положення цього Договору буде визнано недійсним, це не тягне за собою недійсність Договору в цілому. 28.4. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних", особа, що приєдналася до даного Договору страхування, надає згоду АТ «СГ «ТАС» (приватне) на обробку персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщеному на офіційному сайті компанії sgtas.ua). 28.5. Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування Страховиком надана вся необхідна та повна інформація в порядку та обсязі відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування», підписанням Частини 1 цього договору, Страхувальник підтверджує, що йому у повному обсязі надана доступна та вичерпна інформація про страховий продукт, страховика та страхового посередника (за наявності), шляхом надання посилання - https://sgtas.ua/doctor-info, https://sgtas.ua/info, а рішення укласти договір прийнято усвідомлено. Страхувальнику доведено до відома, Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком розміщений за посиланням: https://sgtas.ua/complaints . Захист прав споживачів фінансових послуг здійснює Національний банк України та інші державні органи в межах своєї компетенції. 28.6. Страхувальник підписанням Частини 1 даного Договору дає згоду Приватному акціонерному товариству «Страхова ГРУПА «ТАС» на передачу, зберігання, використання та поширення через Бюро кредитних історій інформації щодо себе, і згоду ТОВ «Українське бюро кредитних історій» (01001, м. Київ, вул. Грушевського, 1Д) на збір, зберігання і використання інформації з інших джерел, що впливає на можливість виконання своїх зобов'язань відповідно до ст. 9, ст. 11 Закону України «Про організацію формування та обігу кредитних історій», а також на доступ і отримання своєї кредитної історії в ТОВ «Українське бюро кредитних історій» у порядку, передбаченому ст. 11 Закону України «Про організацію формування та обігу кредитних історій» та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». 28.7. Страхувальник, Вигодонабувач, одержувач страхового відшкодування, Застрахована особа, потерпілий надає дозвіл (згоду) на здійснення використання відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом (Страховик здійснює приймання, оброблення, зберігання, надсилання електронних документів та інформації, потрібної для створення електронних документів, з дотриманням вимог законодавства України щодо захисту персональних даних, таємниці страхування, комерційної таємниці, таємниці фінансового моніторингу). 28.8. Договір страхування це документ, який містить таємницю страхування.

