

Загальні умови страхового продукту
«ТАС- Територія здоров'я»
Публічна частина договору медичного страхування
Частина 2

Пропозиція на укладення договору медичного страхування) «ТАС - Територія здоров'я». Ця Пропозиція ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА ГРУПА «ТАС» адресується невизначеному колу фізичних осіб або 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 особа чи юридична особа дані якої (ПІБ/назва, дата народження, адреса, РНОКПП/код 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.	Вигодонабувач	Визначена в Частині 1 Договору: Застрахована особа (надалі ЗО), спадкоємець, представник Застрахованої особи		
4.	Дата укладання	Визначена в Частині 1 Договору		
5.	Ведення редакції в дію	21.06.2024	Виведення редакції з дії	29.05.25
6.	Клас страхування, ризик	Клас страхування	Ризик в межах класу	
		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'єкт страхування	9.1. Інформація про застрахований об'єкт страхування визначена в Частині 1 Договору. 9.2. Об'єктом страхування є: життя, здоров'я та працездатність ЗО.		
10.	Обмеження/особливості Страхового продукту	10.1. Підписуючи Договір страхування, Страховальник підтверджує, що ЗО станом дати підписання не належать до жодної з наступних категорій: 10.1.1. недієздатні фізичні особи; 10.1.2. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД; 10.1.3. які мають злоякісні новоутворення; 10.1.4. інваліди I та II групи; 10.1.5. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; 10.1.6. хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (інсульт, епілепсію, шизофренію). 10.2. 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).		
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. Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору та		

		Програми страхування. 11.3. 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. 11.4. Експериментальні або дослідницькі методи лікування - види лікування, які знаходяться на стадії наукових, клінічних досліджень і експериментів та застосування яких вимагає спеціального юридичного оформлення. 11.5. 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. 11.6. 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. 11.7. Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування. 11.8. Категорія МЗ - цифрове значення, що присвоюється кожному МЗ за рішенням Страховика в залежності від вартості послуг. 11.9. 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. 11.10. Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями, функціональними розладами, також симптоматичного лікування до 3-5 днів за один курс лікування в тому числі захворювань зі списку виключень (якщо інше прямо не вказано у Програмі). 11.11. 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. 11.12. 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 аромотерапія, гірудотерапія, голкорефлексотерапія, тощо. 11.13. Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування. 11.14. Нещасний випадок на виробництві - це обмежена в часі подія або раптовий вплив на працівника небезпечного виробничого фактору чи середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю та виникає необхідність надання медичної допомоги на умовах Договору та Програми страхування. 11.15. Нозологічна одиниця – це певна хвороба, яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-
--	--	--

	морфологічних проявів. 11.16. Персональна пластикова/електронна картка – пластикова/електронна картка на якій вказані: прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номер картки, номер Договору, дії у разі настання страхового випадку, номери телефонів медичного асистансу Страховика та інша інформація. 11.17. 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. 11.18. Провідний фахівець - це лікар/інший медичний фахівець, послуги якого передбаченні умовами договору, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного МЗ, включає, але не обмежується: консультації професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо. 11.19. 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. 11.20. Симптоматичне лікування — це будь-яка медикаментозна терапія захворювання, яка впливає лише на його симптоми, а не на основну причину. Зазвичай, воно спрямоване на зменшення ознак та виявів хвороби задля полегшення самопочуття та покращення стану пацієнта. Договором передбачено покриття одного симптоматичного лікування по кожній нозологічній одиниці на рік не більше 5 днів на випадок. 11.21. Стоматологічна допомога – планова та/або невідкладна стоматологічна допомога, що визначена Програмою Страхування. Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога – комплекс заходів, що надається застрахованій особі при гострому зубному болю, в екстреному порядку, при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до лікаря-координатора Страховика. Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога надається виключно при: гострих формах пульпітів (лікування пульпітів і періодонтитів по ургентній стоматології включає перше відвідування стоматолога без постановки постійної пломби), загостреннях всіх хронічних форм періодонтитів (крім фібринозного), періоститі, перикоронариті, флегмоні і абсцесі щелепно-лищевої ділянки, невідкладній допомозі у випадку щелепно-лищевої травми. 11.22. Страхова премія – плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором страхування. 11.23. 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. 11.24. 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. 11.25. Страховий номер телефону – контактний номер телефону ЗО який надається Страховику уповноваженою особою Страхувальника. Страховий номер телефону використовується для: процесу ідентифікації ЗО в інформаційній системі Страховика, комунікації ЗО та уповноважених представників Страховика, користування мобільним застосунком «Мій ТАС» та Паблік акаунтами СГ ТАС (Telegram). Зміна страхового номеру телефону здійснюється за письмовим запитом Страхувальника або за процедурою, що визначається Страховиком через телефонне звернення до медичного асистансу Страховика. 11.26. Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
--	---

		11.27. Суворий ліжковий режим- постійне перебування хворого у лежачому положенні, з забезпеченням його фізичним та психічним спокоєм. 11.28. Телемедицина – комплекс організаційних, фінансових і технологічних заходів, що забезпечують надання дистанційної консультаційної медичної послуги, при якій Застрахована особа або лікар, що безпосередньо проводить обстеження та/або лікування Застрахованої особи, отримує дистанційну консультацію іншого лікаря з використанням телекомунікацій. 11.29. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування. 11.30. 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. 11.31. Член родини Застрахованої особи - особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою - подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки, віком не старших 60 років (станом на останній день дії Договору).
12.	Умови страхового покриття за договором страхування	12.1. Перелік страхових ризиків та визначення страхових випадків. 12.1.1. Страховими ризиками є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасний випадок. 12.1.2. Страховим випадком 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 Договору визначено в Розділі 7 Частини 2 Договору. 12.4. Страхова сума вказана в Розділі 3 Частини 1 Договору. 12.5. Територія дії Договору – Україна, з врахуванням обмежень визначених у п.10.2. Частини 2 Договору.
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. повідомити не пізніше як за 3 робочих дні до початку дії Договору, в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу - ЗО про укладення на її користь договору страхування, і якщо така особа до початку дії Договору не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь; 13.2.8. надати страховий номер Застрахованої особи; 13.2.9. 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. самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку. Вимагати надання результатів та проведення аналізів на наявність алкоголю та/або наркотичних речовин у випадку травм; 13.3.6. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору, отримати від Страхувальника (ЗО) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я ЗО, вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я; 13.3.7. припинити дію Договору страхування без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору відносно окремих Застрахованих осіб з дня коли Страховику стало відомо, що на момент укладання Договору така Застрахована особа була ВІЛ-інфікованою, хворою на: СНІД, наркоманію, токсикоманію, тяжкі психічні захворювання; 13.3.8. визначити для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, а також відмовити в страхуванні; 13.3.9. організовувати невідкладну/швидку медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з подальшою організацією перевезу Застрахованої особи у Медичний заклад, передбачений цим Договором; 13.3.10. включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Список Медичних закладів, як окремо за Програмою страхування так і по Договору в цілому. При цьому необхідно письмово повідомити Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого включення. 13.3.11. виключити зі Списку Медичних закладів лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою. При цьому необхідно письмово повідомити Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого виключення; 13.3.12. організовувати виклик за місцем знаходження Застрахованої особи, якщо це прямо передбачено Програмою страхування: Лікаря тільки у випадках: - гострі і раптові погіршення стану здоров'я (висока температура – від 38
--	--	--

		градусів і вище; підвищення артеріального тиску, стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації Застрахованої особи лікарем вдома), виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею; - стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду); - показання для дотримання Застрахованою особою постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки особи зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках: при наявності документа або за домовленістю з лікарем); - важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи; - інші випадки передбачені «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». Медичної сестри у випадках: - Застрахована особа, яка перебуває на постільному режимі; - стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду); - за прямим призначенням лікаря з огляду на стан Застрахованої особи; 13.3.13. при організації виклику лікаря для надання консультацій/медичної сестри для надання медичних маніпуляцій/забору аналізів за місцем знаходження Застрахованої особи оплачувати транспортні витрати у такому розмірі: - 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги; - 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги; - 50% - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги; - 0% (послуга не надається) - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 50 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги; 13.3.14. у разі відсутності лікарського засобу, випущеного медичним працівником, запропонувати Застрахованій особі лікарський засіб за іншою торговельною назвою, але з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, як і лікарський засіб, призначений лікарем, попередньо погодивши заміну з лікуючим лікарем. Зазначена норма не поширюється на лікарські засоби, які відпускаються безоплатно і на пільгових умовах, та ті, що підлягають предметно-кількісному обліку; 13.3.15. залучати для надання медичної допомоги лікарів, використовуючи можливості телемедицини; 13.3.16. у випадку ГРВІ забезпечувати медикаментами Застрахованих осіб згідно з діючими рекомендаціями МОЗ без організації консультації лікаря. У випадку відсутності позитивної динаміки лікування протягом 3-5 днів, організація консультації лікаря є обов'язковою; 13.3.17. визначати вид медичної допомоги на момент звернення Застрахованої особи до медичного асистансу; 13.3.18. організувати медичну допомогу в категорії МЗ вище, ніж передбачено умовами програми на свій розсуд; 13.3.19. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору так і протягом дії Договору; 13.3.20. організувати та оплатити необхідну діагностику та лікування за страховими випадками, які мали місце за межами України, але при цьому вимагають медичної допомоги/надання послуг на території дії Договору. Рішення щодо такого покриття приймається виключно Страховиком на власний розсуд. 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; 13.4.6. при визначенні розміру страхового покриття в частині «курс лікування 30 днів» враховувати: 1) початок курсу лікування вважається момент визначення схеми лікування та дата початку прийому препаратів; 2) особливості жіночого циклу стосовно початку курсу лікування, діагностики та повторних консультацій (наприклад: схема визначена перед початком нового циклу і медикаменти отримані на руки, але фактичний прийом ліків розпочався з певного дня циклу); 3) гарантувати/покривати повторну консультацію за фактом пройденого лікування, у випадку відсутності такої під час 30-денного курсу лікування; 4) якщо мало місце коригування курсу лікування, курс розбито на частини з поточним коригуванням, сумувати лише періоди прийому ліків/лікувальних процедур (тобто не враховувати дні консультацій та отримання медикаментів); 5) ФТ/масаж після медикаментозного курсу (зняття гострого болю) з можливістю пройти протягом 30 днів після визначення схеми лікування (якщо інше не зазначене лікарем). За необхідності перенести курс з об'єктивних причин необхідно повідомити Страховика. 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. 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, пере-несені оперативні втручання 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 Застрахованою особою персональної пластикової/електронної картки/інших 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; 13.6.5.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту): - виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи, - при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду, - виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, що не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових медичних маніпуляцій тощо), - виклик лікаря (доставка медикаментів) здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від медичного закладу, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома тощо); 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; 13.6.7. при отриманні медичної допомоги у Медичному закладі де передбачена франшиза, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати розмір франшизи Медичному закладу одразу під час звернення.
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. 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. 14.1.3. 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, безладу, 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. 14.1.4. 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 торговельних 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. 14.1.5. 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 (тридцятий) 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 30 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; 15.9.4. 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, зазначених 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. Страховик має право: 15.21.1. протягом строку дії Договору, за своєю вимогою внести зміни/розірвати Договір, зокрема, у випадку якщо збитковість за період з початку дії Договору перевищує 80%. При цьому збитковість (Зб) розраховується за формулою: $Zb = \frac{ВМД}{ЗСП}$, де: ВМД – загальна вартість медичної допомоги, наданої в рамках цього Договору за відповідний період; ЗСП – сума зароблених страхових премій, за наступною формулою: $ЗСП = (СП / КДД) * ФКДД$, де: СП – нарахована (підписана) страхова премія по Застрахованій особі; КДД – загальна кількість днів дії Договору щодо Застрахованої особи; ФКДД – кількість днів дії Договору щодо Застрахованої особи за відповідний період; 15.21.1.1. Страховик щомісячно здійснює аналіз збитковості даного Договору. У випадку якщо показник збитковості перевищує 80% і строк дії Договору є не меншим 3 місяців, Страховик надає Страхувальнику варіанти перегляду умов Договору: 1 варіант – внесення змін до діючих умов Договору, при цьому розмір страхової
--	--	--

		премії залишається незмінним. У даному випадку Страховик повинен винести на розгляд Страхувальника наступні варіанти, а саме: внесення змін до переліку виключень, переліку медичних закладів, введення франшиз тощо. 2 варіант - збільшення розміру страхової премії / її наступної частини, при збереженні незмінності умов страхування. Відсоток збільшеного загальної страхової премії за Договором (СП зм) визначається за формулою: $\text{СП зм. (\%)} = (\text{ВМД} / \text{ЗСП} / (100\% - \text{ЧВ})) * 100 - 100, \text{ де:}$ ЧВ-частка витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування визначено у п. 12.2. Частини 1 Договору. Страхувальник обирає варіант зміни умов Договору протягом 10 робочих днів від дня отримання письмової пропозиції Страховика наданням письмової відповіді (засобами факсимільного зв'язку або електронною поштою). У випадку непогодження Сторонами жодного запропонованого варіанту/не отримання відповіді від Страхувальника щодо обраного варіанту змін, Договір припиняє свою дію з 00 год 00хв 11 робочого дня від дати отримання Страхувальником офіційної пропозиції від Страховика щодо змін умов Договору за ініціативою Страховика. 15.21.1.2. При досягненні показника збитковості, що визначений на умовах п.15.21.1. Договору 80% та більше, обов'язки Страховика відшкодувати витрати не розповсюджуватимуться на надання планових послуг у комерційних поліклініках, будь-якої планової стаціонарної допомоги та планових послуг у межах корпоративного ліміту на виключення з дати офіційного повідомлення Страхувальника. Відшкодування витрат на вказані послуги буде відновлено у повному обсязі з наступного дня, після підписання додаткового договору щодо внесення змін до умов Договору. 15.21.2. Переглянути умови Договору якщо рівень річної інфляції за даними сайту http://index.minfin.com.ua/index/inf/ є більшим ніж 115% за статтею «охорона здоров'я» і збитковість за Договором, визначена згідно з п.15.21.1. Договору перевищує 70%. Сторони узгоджують зміни до умов Договору які можуть включати: внесення змін до переліку виключень, переліку медичних закладів/аптек, введення франшиз, введення лімітів, зміна розміру страхової премії та інші зміни умов страхування, що оформляються Додатковим договором. 15.21.3. Страхувальник обирає варіант зміни умов Договору протягом 15 робочих днів від дня отримання письмової пропозиції Страховика наданням письмової відповіді (засобами факсимільного зв'язку або електронною поштою). 15.21.4. У разі непогодження Сторонами жодного варіанту перегляду умов Договору протягом 15 календарних днів від моменту письмового повідомлення Страхувальника, Договір продовжує свою дію з франшизою додатково до розміру франшизи на момент укладення Договору, по всіх видах медичної допомоги та послугах, у розмірі показника річної інфляції за мінусом 100%. Франшиза не встановлюється за послугами: вітамінізація, вакцинація та «лікар в офіс», якщо такі передбачені Програмою страхування. Якщо умовами Договору передбачено наявність колективних лімітів – вони зменшують на розмір франшизи. 15.21.5. Страховик має право здійснювати перегляд умов страхування з причин визначених у п.15.21.1. та 15.21.2. не частіше ніж 2 (двічі) протягом строку дії Договору загалом, якщо інше не вказано у розділі 17 Частини 1 Договору
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	17.1. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа повинна негайно звернутися до лікаря-координатора Страховика за телефонами: (095) 088 47 77;

має ознаки страхового випадку	(093) 088 47 77; (097) 088 47 77 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора), вказаними в пластиковій/електронній картці Застрахованої особи та/або шляхом звернення через мобільний застосунок «Мій ТАС» або Паблік акаунт СГ ТАС (Telegtam) та повідомити наступну інформацію: - прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи; - номер Договору страхування/персональної картки; - причину звернення (скарги, проблеми зі здоров'ям тощо); - фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів; - іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика. 17.2. Лікар-координатор Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку. 17.3. Лікар-координатор Страховика зобов'язаний організувати медичну допомогу в наступні строки: - планова амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога – не пізніше 48 годин з моменту звернення Застрахованої особи; - виклик лікаря додому - у день звернення або на найближчий робочий день, згідно з графіком роботи поліклініки; - організація медикаментозного забезпечення - протягом 3-4 годин з моменту звернення згідно з графіком роботи аптек. 17.4. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів. 17.5. Підбір Медичного закладу здійснюється лікарем-координатором Страховика із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. Медичний заклад обирається із визначених у Додатку №2 до Договору. 17.6. В медичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити іменну пластикову/електронну картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором Страховика в телефонному режимі. 17.7. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зв'язатися з лікарем-координатором Страховика для отримання невідкладної медичної допомоги з можливою організацією ургентного стаціонарного лікування (якщо такі передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із медичного закладу), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика. 17.8. Якщо Медичні заклади в яких отримана вищезазначена допомога не визначенні у Додатку №2, то Страховик відшкодовує понесені Застрахованою особою витрати відповідно до умов цього Договору з наступними обмеженнями: 17.9. при отриманні невідкладної медичної допомоги у державних та відомчих Медичних закладах - 100% понесених відповідних прямих витрат. При зверненні в приватні медичні заклади – Страховик має право відмовити у страховій виплаті; 17.10. при екстреному стаціонарному лікуванні - 100% понесених відповідних прямих витрат у медичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні медичні заклади, розмір страхової виплати визначається як 30% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, якщо інше не буде погоджено зі Страховиком. 17.11. В будь-якому випадку вищезазначені страхові виплати здійснюються розмірі не більшому за встановлений ліміт страхової суми, передбаченої Програмою страхування. 17.12. При отриманні медичної допомоги у медичних закладах, не передбачених Додатком №2 до цього Договору, Застрахована особа зобов'язана узгоджувати зі Страховиком план лікування, що включає: перелік рекомендованих обстежень, процедур, медикаментів та ін. Не узгоджений план лікування та/або послуги, що прямо не передбаченні умовами цього Договору не відшкодовуватимуться Страховиком.
-------------------------------	--

		17.13. При цьому страхова виплата здійснюється в наступних розмірах: - у випадках звернення для отримання стоматологічної допомоги – 100% від вартості послуг; - у випадках звернення для отримання амбулаторно-поліклінічної та/або стаціонарної допомоги: 100% понесених відповідних витрат у медичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні медичні заклади, розмір страхової виплати визначається як 25% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою та Договором, або визначається за перерахунком по цінам базових медичних закладів згідно договору співпраці між Страховиком та базовим медичним закладом на дату настання страхового випадку та які визначені Програмою страхування. 17.14. Надання необхідної медичної допомоги, іншої ніж невідкладна медична допомога та/або екстрений стаціонар Застрахованій особі у медичних закладах, не передбачених Додатком №2 до цього Договору, здійснюється виключно, якщо немає можливості надати необхідну медичну допомогу Застрахованій особі у Медичному закладі, передбаченому Договором та таке звернення попередньо погоджено з лікарем координатором Страховика.
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 та лімітів відповідальності Страховика, що визначені у Додатку №2 до Договору.
19.	Умови здійснення страхових виплат	19.1. Страхова виплата здійснюється: 19.1.1. Медичному закладу (лікувальному-профілактичному, спортивно-оздоровчому, іншому закладу) у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та Медичним закладом; 19.1.2. Застрахованій особі (її законним представникам), у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених цим Договором), після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку. 19.2. Для здійснення Страховиком страхової виплати Страхувальник /Застрахована особа повинен надати Страховику такі документи: - 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; - Договір/поліс страхування; - документ/довідка 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; - 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; - при отриманні медичної допомоги (придбання 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). - копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі (її законного представника); - копія паспорту Застрахованій особі (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації) (її законного представника); - копії закритих листків тимчасової непрацездатності, засвідчені відділом кадрів з печаткою за місцем роботи Застрахованої особи, (якщо випадок пов'язаний з тимчасовою втратою працездатності); 19.3. Якщо Застрахованою особою/Вигодонабувачем з метою отримання страхового відшкодування надано копії документів, передбачених п.19.2. Частини 2 Договору, Страховик має право вимагати їх подання в оригіналі для здійснення страхової виплати. 19.4. Документи, що вказані у п.19.2. Частини 2 Договору, 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. 19.5. Застрахованій особі (її законним представникам), у разі самостійної оплати медичної допомоги зобов'язана зберігати оригінали усіх документів (фінансових, медичних та інших документів), якщо Страховику надавалися копії.
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 факти, 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. 21.9. Не відноситься до страхових випадків і страхова виплата не проводиться: 21.9.1. 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.
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-mszag 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.	Гранична максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	40%
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	25.1. Контакт-центр Страховика за номером (вартість дзвінка згідно з тарифами оператора):

	настання події, що має ознаки страхового випадку	+38 (093) 0884777 +38 (095) 0884777 +38 (097) 0884777
26.	Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	26.1. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику перед укладенням Договору страхування наступну інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхової премії за договором страхування, а саме: 26.1.1. відомості про Застраховану особу: вік особи, умови праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань, встановлення групи інвалідності, тощо, наявність хронічних захворювань, наявність хвороб, які потребують диспансерного нагляду); відношення до категорій осіб визначених у Розділі 10 Частини 2 Договору; 26.1.2. інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування.
27.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	27.1.1. Перелік винятків із страхових випадків визначений в Додатку № 3 до Договору Винятки із страхових випадків та обмеження страхування
28.	Інші умови	28.1. Сторони погодилися, 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/mszag-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.
--	--	---