

1. Дана Пропозиція щодо укладання електронного Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»), надалі – **«Пропозиція»**, **Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА»** (надалі – **«Страховик»**) передбачає порядок укладання електронного Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»), надалі – **«Договір»**, через інформаційно-телекомунікаційну систему (надалі – **«ІТС»**) Страховика або його страхового агента із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронні довірчі послуги».

2. Страховим агентом за Договором є АТ КБ «ПРИВАТБАНК».

3. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»), Додаток № 1 до Пропозиції, надалі – **«Умови страхування»/«Умови»**, та **«Переліку діагнозів та медичних препаратів за захворюваннями»**, Додаток №2 до Пропозиції, які розроблені відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 0380461 від 17.03.2008 р. (із змінами та доповненнями), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України, надалі – **«Правила страхування»/«Правила»**; та на підставі Ліцензії Серії АЕ №293982, виданої (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 07.08.2014 р. (строк дії з 30.11.2006 р. безстроково).

4. Пропозиція, Умови страхування (Додаток №1 до Пропозиції), Перелік діагнозів та медичних препаратів за захворюваннями (Додаток №2 до Пропозиції) та Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://uniqa.ua>.

5. Терміни та визначення:

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

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

Ідентифікація потенційного страхувальника (надалі – «Клієнта») *в ІТС* - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо.

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

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

Страхувальник - дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

Застрахована особа – фізична особа, про страхування здоров'я якої укладений Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором.

Вигодонабувач – заклад охорони здоров'я (аптека), який відпускає Застрахованій особі медикаменти-генерики та/або матеріали медичного призначення.

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

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

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

Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору.

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

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

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

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

Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточенню і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Гострий біль – суб'єктивне відчуття людини, яке виникає раптово, у зв'язку з розладом здоров'я, різко погіршує загальний стан людини, заважає її нормальній працездатності.

Вперше виявлене захворювання – захворювання, яке раніше, протягом життя людини, не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.

Гостре захворювання (Раптове захворювання) – раптове погіршення самопочуття людини, яке має яскраво виражені клінічні симптоми.

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

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

Медична інформаційна система (МІС) — інформаційна система для автоматизації процесів в закладі охорони здоров'я. Під МІС в даному Договорі вважається будь-яка МІС з-поміж тих, які пройшли перевірку і підключилися до центрального компонента системи «eHealth» на дату укладання Договору. Перелік медичних інформаційних систем, які охоплюються даним Договором включають, але не обмежуються

наступними: Helsi, EMCiMED, Доктор Елекс, MEDSTAR, MEDICS, Поліклініка без черг, МедЕйр, MedCard Plus, Asker.net, Health24, nHealth, UASmart, Облік медичних кадрів України та пацієнтів, МІС «Каштан» тощо.

Період очікування страхового випадку - проміжок часу від дати початку дії Договору (дати поновлення дії страхового покриття після сплати страхового платежу за період страхування), протягом якого страхове покриття за Договором не діє.

Страхове покриття - зобов'язання Страховика щодо здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, яке виникло протягом строку дії Договору.

Інші терміни у Договорі вживаються у значенні, наведеному у чинному законодавстві України.

6. Порядок укладення Договору.

6.1. Для укладення Договору Клієнт повинен ідентифікуватися на WEB-сторінці Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або в персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або в ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання договорів страхування; заповнити електронну заяву, зазначивши відомості, необхідні для укладення Договору. Належним чином оформлена заява вважається заявою на страхування, поданою в електронній формі. Перед укладенням Договору Клієнт обов'язково повинен ознайомитись з умовами Пропозиції, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір.

6.2. Страховик на підставі отриманої через ІТС заяви Клієнта про намір укласти Договір формує проект електронного Полісу добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»), який є індивідуальною частиною електронного Договору, та направляє його Клієнту через ІТС.

6.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Публічної частини Договору та умов, викладених у проекті Полісу, вважається вчинення сукупності дій:

а) сплата страхового платежу у передбачені Договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика; страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика;

б) підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

6.4. Договір укладається шляхом приєднання Клієнта до Договору, який наданий йому для ознайомлення у вигляді електронного документа, в порядку, передбаченому п. 3 ч. 2 ст. 6 відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

6.5. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

6.6. Факт укладення Договору підтверджується Полісом, який разом з Публічною частиною Договору направляється Страхувальнику у формі електронного документа на засіб електронного/мобільного зв'язку, наданого Страхувальником у заяві на страхування.

6.7. Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

6.8. Дата, час здійснення акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору та обмін повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.

6.9. Номер Договору присвоюється Страховиком після здійснення Клієнтом акцепту відповідно до п. 6.3. даної Пропозиції та зазначається у Полісі.

6.10. Пропозиція дійсна з дати її вчинення та діє до дати відкликання її Страховиком шляхом оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції.

Додаток № 1: Умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»)

Додаток № 2: Перелік діагнозів та медичних препаратів за захворюваннями

СТРАХОВИК:

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА»

код ЄДРПОУ 20033533

Місцезнаходження: Україна, 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В», www.unika.ua

Тел. +38(044) 225 60 00;

E-mail: office@unika.ua

п/р UA94305299000026503040100998 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»), надалі – «**Умови страхування**»/ «**Умови**», є невід'ємною частиною Пропозиції від 01.12.2021 р. щодо укладення електронного Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»), далі – «**Договір**».

1.2. Предметом Договору є: майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям Застрахованої особи.

1.3. За Договором Страховик зобов'язується за обумовлену плату (страховий платіж) при настанні зазначених у Договорі подій (страхових випадків) здійснити Вигодонабувачу страхування виплату в межах страхової суми та на умовах, зазначених у Договорі.

1.4. Страховими ризиками за Договором є:

1.4.1. гостре захворювання;

1.4.2. загострення хронічного захворювання;

1.4.3. розлади здоров'я внаслідок нещасного випадку.

1.5. Страховим випадком є факт одержання медичних послуг Застрахованою особою (надалі – «**ЗО**»), а саме: отримання медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення, які зареєстровані в Україні та призначені ЗО його сімейним лікарем відповідно до Протоколів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, у період дії цього Договору в аптеці за направленням МІС у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №2 до Пропозиції, що є невід'ємною частиною Договору.

1.6. Строк дії Договору.

1.6.1. Строк дії Договору **6 місяців**. Дата початку та дата завершення строку дії Договору вказані в п. 7.1. Полісу.

Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою сплати на поточний рахунок Страховика страхового платежу в розмірі та у строк, зазначені в Полісі, але не раніше 00.00 годин дати, зазначеної у Полісі як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у Полісі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу.

1.6.2. У разі відсутності письмової заяви однієї із Сторін про припинення Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів до закінчення строку дії Договору та за наступних умов:

- вік Застрахованої особи на дату завершення строку дії Договору не перевищує вікову категорію, відповідно до якої на дату укладення Договору встановлено страховий тариф згідно п.6.2. Полісу;

- сплати Страховальником страхового платежу за наступний період страхування,

- чинності договору доручення між Страховиком та Страховим агентом, за сприяння якого укладено Договір, на дату продовження дії Договору,

останній вважається продовженим на кожні наступні 12 (дванадцять) місяців та тих же умовах, з урахуванням умов, визначених в п. 1.7.2. та п. 1.8.1. (Таблиця 2), п. 1.10.4. Умов.

У разі втрати чинності вказаного в цьому пункті договору доручення між Страховиком та Страховим агентом з будь-яких підстав на дату продовження дії Договору, Страховик повідомляє Страховальника про припинення дії Договору та протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту Страховальника повертає страхові платежі, сплачені Страховальником а наступні періоди страхування.

1.6.3. Договором встановлюється період страхування строком в **1 місяць** – у випадку сплати страхового платежу щомісячними рівними частинами.

1.6.4. Перший період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу за перший період страхування на поточний рахунок Страховика (але в будь-якому разі не раніше дати початку дії Договору, визначеної в п. 7.1. Полісу) та діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом останнього дня періоду

страхування, в якому відбулася сплата страхового платежу. Термін закінчення останнього страхового періоду відповідає терміну закінчення Договору.

1.6.5. Якщо черговий страховий платіж надходить в діючому періоді страхування, то наступний сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем закінчення діючого періоду страхування.

1.7. Страхова сума.

1.7.1. Страхова сума на дату укладення Договору встановлюється в розмірі **10 000,00 грн.**

1.7.2. Страхова сума на дату пролонгації дії Договору встановлюється в розмірі **20 000,00 грн.**

1.8. Страховий тариф (за строк дії Договору).

1.8.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи та вказується в п. 6.2. Полісу в одному із наступних розмірів:

Таблиця 1

Вік Застрахованої особи, років	Страховий тариф (за строк дії Договору 6 міс.), %	Страховий платіж, грн.	
		за строк дії Договору 6 місяців	за період страхування один місяць
Від 0 до 5 років (включно)	24%	2 400	400
Від 6 до 17 років (включно)	12%	1 200	200
Від 18 до 39 років (включно)	7,2%	720	120
Від 40 до 65 років (включно)	12%	1 200	200
Від 66 років	24%	2 400	400

Таблиця 2

Вік Застрахованої особи, років	Страховий тариф (за строк дії Договору 12 міс.), %	Страховий платіж, грн.	
		за строк дії Договору 12 місяців	за період страхування один місяць
Від 0 до 5 років (включно)	24%	4 800	400
Від 6 до 17 років (включно)	12%	2 400	200
Від 18 до 39 років (включно)	7,2%	1 440	120
Від 40 до 65 років (включно)	12%	2 400	200
Від 66 років	24%	4 800	400

1.9. Страховий платіж (за строк дії Договору) розраховується як добуток страхової суми та страхового тарифу (за строк дії Договору).

Страховий платіж (за період страхування один місяць) розраховується шляхом ділення страхового платежу (за строк дії Договору) на строк дії Договору та зазначається в п. 6.4. Полісу.

1.10. Порядок та строки сплати страхових платежів.

1.10.1. Страхові платежі сплачуються Страховальником щомісячно рівними частинами до дати початку відповідного періоду страхування на рахунок Страховика: UA94305299000026503040100998 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК", ЄДРПОУ 20033533.

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

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

- у разі несплати або неповної сплати місячного страхового платежу за перший період страхування **Договір** не набуває чинності до моменту сплати страхового платежу і ніякі виплати страхового відшкодування за випадками, що мали місце в період від дати початку дії **Договору**, зазначеної в Розділі 7 Полісу, до 00:00 годин дня, наступного, за днем сплати страхового платежу Страховиком не здійснюються;

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

1.10.4. У випадку здійснення пролонгації **Договору** та за умови подальшої несплати Страхувальником чергової частини страхового платежу протягом 6 (шести) місяців від дати закінчення попереднього сплаченого періоду – **Договір** вважається припиненим і страхове покриття за **Договором** не підлягає поновленню.

1.10.4. За **Договором** встановлюється період очікування страхового випадку строком в **14 (чотирнадцять) календарних днів**:

- проміжок часу від дати початку дії **Договору**, протягом якого страхове покриття за **Договором** не діє; а також

- проміжок часу від дати поновлення дії страхового покриття за **Договором** після сплати частини загального страхового платежу, якщо даті сплати такої частини платежу передували 3 (три) або більше послідовних несплачених періоди страхування, протягом якого страхове покриття за **Договором** не діяло.

1.10.5. За **Договором** встановлюється безумовна франшиза в розмірі **20%**.

1.11. Територія страхування

1.11.1. Місце дії **Договору** – Україна.

1.11.2. В будь-якому випадку дія **Договору** не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права.

2. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

2.1. Страховик зобов'язаний:

2.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами **Договору** та Правилами страхування;

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

2.1.3. здійснювати страхові виплати в порядку, передбаченому **Договором**;

2.1.4. не розголошувати відомості про ЗО, щодо стану їх здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

2.1.5. за заявою Страхувальника (ЗО), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страхового ризику, переукласти з ним **Договір** або укласти Додаткову угоду до **Договору**, із урахуванням зміни ступеню страхового ризику.

2.2. Страхувальник зобов'язаний:

2.2.1. ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та **Договором**;

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

2.2.3. при укладенні **Договору** і протягом строку його дії:

2.2.3.1. отримувати у письмовій формі згоду Застрахованих осіб на укладення **Договору** по відношенню до цих ЗО до укладення **Договору**;

2.2.3.2. при отриманні даних щодо змін інформації за певними ЗО (зміна прізвищ, адрес тощо), а також про укладення іншими страховиками договорів медичного страхування щодо ЗО повідомляти про це Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів;

2.2.4. повідомити ЗО про укладення щодо них **Договору** протягом 3 (трьох) робочих днів до дати набрання ним чинності по відношенню до цих ЗО та ознайомити їх зі змістом **Договору** та Правил страхування;

2.2.5. своєчасно вносити страхові платежі (їх частини) у розмірах, встановлених **Договором**;

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

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

2.3. Страховик має право:

2.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні **Договору**;

2.3.2. у випадку підвищення ступеня страхового ризику, запропонувати Страхувальнику внести зміни в **Договір**, включаючи, але не обмежуючись, умови збільшення розміру страхового платежу;

2.3.3. вимагати від ЗО, для уточнення діагнозу ЗО, додаткові медичні документи, а також направити ЗО до медичного закладу, з яким Страховиком укладено договір про надання медичних послуг ЗО, з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

2.3.4. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку або стан здоров'я ЗО;

2.3.5. вимагати від особи, яка отримала страхове відшкодування, повного або часткового його повернення, якщо після виплати страхового відшкодування виявиться така обставина, яка за законом або за **Договором** повністю або частково позбавляє ЗО права на страхове відшкодування;

2.3.6. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених **Договором**, Правилами страхування та законодавством;

2.3.7. достроково припинити дію **Договору**, згідно з його умовами;

2.3.8. протягом дії **Договору** вносити зміни до Переліку фармакотерапевтичної групи препаратів, які рекомендовані Страховиком для лікування встановленого ЗО захворювання за **Договором**.

2.4. Страхувальник має право:

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

2.4.2. вимагати від Страховика своєчасного проведення страхових виплат;

2.4.3. за згодою Страховика, розширити обсяг страхового покриття та/або підвищити розмір страхової суми (лімітів) шляхом внесення змін до **Договору**, а також після сплати у повному обсязі додаткового страхового платежу;

2.4.4. достроково припинити дію **Договору** в порядку та на умовах, передбачених **Договором**;

2.4.5. у разі відмови Страховика здійснити страхову виплату вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;

2.4.6. отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов надання ЗО медичних послуг, передбачених **Договором**.

2.4.7. протягом перших 7 (семи) днів дії **Договору** відмовитись від нього. Таку відмову Страхувальник в письмовій формі подає Страховику. При цьому Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання відмови Страхувальника від **Договору**.

2.5. Застрахована особа зобов'язана:

2.5.1. виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів закладів охорони здоров'я;

2.5.2. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих наслідком настання страхового випадку;

2.5.3. надати лікарю-експерту, залученого Страховиком, можливість проведення медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я ЗО.

2.6. Застрахована особа має право:

2.6.1. вимагати від Страховика своєчасного проведення страхових виплат на умовах, передбачених Договором;

2.6.2. у разі відмови Страховика здійснити страхову виплату вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;

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

2.7. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 3 (трьох) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку, електронної адреси Страхувальника).

2.8. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідують з умов Договору.

3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно сплаченого страхового відшкодування за кожний робочий день прострочення страхового відшкодування, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла в період нарахування пені.

3.2. Сторони за взаємною згодою встановлюють, що в разі виникнення між ними спору, пов'язаного з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором, на період з дати прийняття Страховиком рішення за подією до виконання судового рішення згідно з постановою органу виконавчої служби Сторони не несуть відповідальності у вигляді пені, штрафних санкцій, інфляційних нарахувань та інших санкцій, пов'язаних з неналежним виконанням зобов'язань за Договором.

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

3.4. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

3.5. Сторони звільняються від відповідальності за неналежне виконання зобов'язань по Договору при настанні обставин непереборної сили на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму, воєнних дій тощо. Для Сторони, яка потрапила під дію обставин непереборної сили, строк виконання зобов'язань, виконання яких перешкоджала непереборна сила, відкладається на час дії обставин непереборної сили. Сторона, для якої склалися обставини, що призвели до неможливості виконання договірних зобов'язань внаслідок настання зазначених обставин, повинна негайно, не пізніше 3 (трьох) календарних днів з моменту їхнього виникнення, у письмовій формі проінформувати про це іншу Сторону. Несвоєчасне інформування про обставини непереборної сили позбавляє відповідну сторону права посилається на них. Належним доказом існування форс-мажорних обставин є сертифікат Торгово-промислової палати України, або регіональної Торгово-промислової палати, або документ, виданий іншим компетентним органом, підприємством чи установою.

4. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. Договір припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

4.1.1. закінчення строку його дії;

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

4.1.3. смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;

4.1.4. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

4.1.5. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

4.1.6.1. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені

страхові платежі, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 35% від страхового платежу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором що розраховується за формулою:

$СПП = СПС - СПФ - ВВС - ФВВ$, при цьому:

СПП - Сума страхового платежу, що підлягає поверненню;

СПС - Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником;

СПФ - Страховий платіж за фактичний Строк дії Договору = $\frac{ПЗ}{ЗС} \times ДФ$, де:

ЗС - Загальний строк дії Договору в днях;

ПЗ - Загальний Страховий платіж за Договором;

ДФ - Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним.

ВВС - Нормативні витрати на ведення справи = $СПЗ \times 35\%$, де:

СПЗ - Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору = $\frac{ПЗ}{ЗС} \times ДЗ$;

ДЗ - Кількість днів, що залишилися до закінчення дії Договору в днях;

ФВВ - Фактичні виплати страхового відшкодування здійснені Страхувальнику включаючи гарантовані страхові виплати.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику страхові платежі в повному розмірі, сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору.

4.1.7.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі за останній рік від дати укладення Договору. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 35% від страхового - платежу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором відповідно до формули, що наведена в п. 4.1.7.1. Умов.

4.1.7.3. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

4.2. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в електронній або письмовій формі шляхом укладення додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору, або шляхом переукладення Договору.

Сторона-ініціатор внесення змін чи доповнень до Договору направляє іншій Стороні відповідну пропозицію, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору.

У випадку внесення змін до Договору за ініціативи Страхувальника, останній оформлює заяву на внесення змін через ІТС або надсилає Страховику в письмовій формі на адресу Страховика, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору, а також персональні дані Страхувальника/Застрахованої особи (прізвища, ім'я, по батькові, адреси реєстрації, дати народження, реєстраційного номеру облікової картки податку, номеру мобільного зв'язку, email, тощо), та направляє на розгляд Страховику.

У випадку внесення змін до Договору за ініціативи Страховика, останній надсилає пропозицію про внесення змін Страхувальнику.

Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в двадцятиденний строк з дня її отримання повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У разі відхилення пропозиції Договір достроково припиняє свою дію за згодою Сторін з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію, якщо інший строк не зазначений у пропозиції.

У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони укладають додаткову угоду до Договору, скріплюючи її власноручними підписами, або підписують шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, або переукладають Договір.

Якщо Сторона, яка одержала пропозицію внести зміни до Договору, у межах строку для відповіді вчинила дію відповідно до вказаних у пропозиції умов (сплатила страховий платіж тощо), що засвідчує її бажання внести зміни до Договору, ця дія є прийняттям пропозиції, якщо інше не вказане в пропозиції.

Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої на реквізити Сторони (адресу чи засіб мобільного зв'язку), зазначені у Договорі, або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 2.7. Умов за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

5. ПОРЯДОК НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

5.1. Огляд, встановлення діагнозу та призначення Застрахованій особі медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення здійснюється сімейним лікарем, з яким Застрахована особа уклала відповідний договір.

5.2. При настанні страхового випадку Застрахована особа, або особа, що представляє її інтереси, зобов'язана звернутися за медичною допомогою до сімейного лікаря.

5.3. Сімейний лікар повинен встановити діагноз захворювання Застрахованій особі у відповідності до Міжнародного класифікатора хвороб МКХ 10.

5.4. Згідно з встановленим діагнозом Застрахованій особі сімейний лікар повинен оформити електронний рецепт у одній з медичних інформаційних систем (МІС).

5.5. У відповідності до оформленого сімейним лікарем електронного рецепту Страховиком формується замовлення необхідних медикаментів в аптеці, в якій є необхідні медикаменти і яка є найближчою до закладу охорони здоров'я, де було оформлено електронний рецепт.

5.6. Сповіднення Застрахованій особі про здійснене замовлення медикаментів здійснюється Страховиком протягом однієї години з моменту оформлення електронного рецепту шляхом СМС-повідомлення на мобільний телефон Застрахованої особи, що зазначений в Полісі.

5.7. Застрахована особа повинна протягом 48 годин, починаючи з дати отримання СМС-повідомлення, отримати замовлені медикаменти. Після закінчення даного строку замовлення визнається анульованим. Отримання наступного замовлення медикаментів можливе тільки після оформлення наступного електронного рецепту по факту звернення до сімейного лікаря.

5.8. Медичне призначення не може перевищувати дозування, яке передбачає прийом препаратів на 14 (чотирнадцять) денний календарний строк, у випадку продовження лікування, повинно бути оформлено нове медичне призначення.

6. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

6.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором, на підставі електронної заяви Страхувальника (Застрахованої особи) і страхового акту. Електронна заява Страхувальника (Застрахованої особи) формується в ІТС Страховика (Страхового агента) на підставі даних по діючому Договору, даним Страхувальника (Застрахованої особи), складеному сімейним лікарем електронному рецепту.

6.2. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення, наданих Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку, не більше страхової суми, зазначеної в Договорі.

6.3. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором є заклад охорони здоров'я (аптека), що надавав передбачену Договором медичну допомогу Застрахованій особі.

6.4. Страховик здійснює страхову виплату на рахунок закладу охорони здоров'я на підставі наступних документів:

6.4.1. заяви на отримання страхового відшкодування, за формою встановленою Страховиком;

6.4.2. консультативного висновку, медичного призначення із вказаним точним діагнозом, датою звернення, переліком і кількістю призначених медикаментів на лікування, засвідченої кваліфікованим електронним підписом, електронною печаткою сімейного лікаря та/або електронною печаткою закладу охорони здоров'я (уповноваженої особи закладу охорони здоров'я), копії результатів обстежень, інші медичні документи, що підтверджують факт отримання медичної допомоги;

6.4.3. Страховик має право вимагати та запитувати у Страхувальника, Застрахованої особи чи Вигодонабувача інші документи, що підтверджують факт, обставини настання страхового

випадку та розмір збитків, і до їх отримання - призупинити вирішення питання про виплату (відмову у виплаті) страхового відшкодування; а також інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків або надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг.

6.4.3.1. Документи, передбачені у п. 6.4. Умов, можуть подаватися Страхувальником, Застрахованою особою, (Вигодонабувачем), за допомогою ІТС Страховика або його страхового агента, або іншим способом (подавання особисто, за допомогою засобів поштового зв'язку тощо).

6.5. Рішення про страхове відшкодування приймається Страховиком протягом **30 (тридцяти) календарних днів** після отримання останнього необхідного документу, передбаченого Договором, та оформлюється страховим актом.

6.6. Рішення про відмову у страховому відшкодуванні приймається Страховиком протягом **30 (тридцяти) календарних днів** після отримання останнього необхідного документу, передбаченого Договором.

6.7. При прийнятті рішення Страховиком про відмову у Страховій виплаті, Страховик протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дня прийняття такого рішення письмово повідомляє про це Застраховану особу з обґрунтуванням причин відмови.

6.8. Страховик має право затримати здійснення страхового відшкодування, якщо:

6.8.1. він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка претендує на отримання страхового відшкодування;

6.8.2. відповідними компетентними державними органами, за наявності заподіяння шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи, зазначеної в Договорі, в рамках досудового розслідування було притягнуто до кримінальної відповідальності Застраховану особу (члена її родини, посадову особу Страхувальника). Питання про здійснення страхового відшкодування вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закриття відповідного кримінального провадження, направлення до суду обвинувального акта, набранням вироку суду законної сили тощо.

6.8.3. Мають місце обґрунтовані сумніви з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті, – на строк, необхідний для встановлення істини, щодо дійсних обставин події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.

6.8.4. Якщо зазначені у п. 6.4. Умов документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

6.9. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичної вартості медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення для Застрахованої особи (відповідно до переліку та лімітів, передбачених Додатком 2 до Пропозиції).

6.10. Після здійснення кожної страхової виплати, страхова сума зменшується на суму такої виплати.

6.11. Загальна сума страхових відшкодувань, здійснених по кожному страховому випадку, передбаченому Договором, не може перевищувати загального розміру страхової суми, встановленої Договором.

6.12. Здійснення страхових виплат проводиться виключно у національній валюті України.

6.13. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується закладу охорони здоров'я протягом **5 (п'яти) банківських днів** з моменту оформлення страхового акту, якщо інший строк та/або порядок оплати не передбачено договором про надання послуг, укладеним між Страховиком та закладом охорони здоров'я.

6.14. Після здійснення страхового відшкодування Договір зберігає дію до кінця періоду страхування, за який сплачений страховий платіж. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія Договору припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

6.15. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

7. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

7.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхового відшкодування є:

7.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

7.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

7.1.3. надання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

7.1.4. несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

7.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;

7.1.6. інші випадки, передбачені законом.

7.2. Страховим випадком не визнається та не підлягають відшкодуванню витрати на:

7.2.1. лікування поза межами території дії Договору;

7.2.2. лікування не призначене сімейним лікарем;

7.2.3. лікування хронічних захворювань в стадії ремісії та/або компенсації, субкомпенсації, персистоючих інфекцій;

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

7.2.5. лікування всіх інших захворювань/станів/синдромів поза списком переліку діагнозів, що покриваються Договором, які зазначені в Додатку № 2 до Пропозиції.

7.2.6. лікування медикаментами-генериками та/або витратами медичного призначення, які не передбачені Додатком № 2 до Пропозиції для відповідного діагнозу;

7.2.7. лікування, об'єм та дозування якого не відповідають п.5.8. Умов, інструкції медикамента-генерика та Протоколам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України;

7.2.8. медикаменти-генерики та /або матеріали медичного призначення, які призначені з профілактичного метою.

7.3. Страховик не відшкодовує вартість будь-яких медичних послуг, окрім придбання медикаментів-генериків та/або виробів медичного призначення.

7.4. Страховик не відшкодовує вартість наступних медикаментів, виробів медичного призначення та товарів:

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

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

7.4.3. поза Протоколом лікування конкретного захворювання;

7.4.4. придбаних поза мережею МІС;

7.4.5. 2 (двох) і більше аналогічних препаратів, що мають однакову дію, чи відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, для лікування одного захворювання (одна група препаратів);

7.4.6. наданих Застрахованій особі за одним страховим випадком понад строку лікування, зазначеного в Додатку №2 до Пропозиції з дати першого звернення Застрахованої особи за наданням медичних послуг за даним захворюванням.

7.4.7. у разі звернення Застрахованої особи за наданням медичних послуг протягом строку дії Договору за одним і тим же захворюванням понад кількості випадків, ніж передбачене обмеження Додатком №2 до Пропозиції за даним діагнозом.

8. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

8.1. Не можуть бути Застрахованими особи:

8.1.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

8.1.2. які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), злоякісні новоутворення;

8.1.3. психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

8.2. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п. 8.1.1. – п. 8.1.4. Умов, до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої

Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

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

9. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

9.1. При відтворенні на папері Договору за запитом Страхувальника Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами за нижченаведеними зразками:



Уповноважена Страховика: Голова Правління Ульє Олена Володимирівна.

9.2. З усіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Законом України "Про страхування" та Правилами.

9.3. Спори, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди - у порядку, встановленому законодавством України.

9.4. Якщо інше не передбачено Договором, усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, які зазначені у реквізитах, або направлені з використанням ІТС, електронних адрес Сторін, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Страховик та страховий агент також можуть направляти повідомлення Страхувальнику в інший спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення.

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІТС; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 2.7. Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

9.5. Сторони підтверджують, що Страхувальник та Застраховані особи отримали всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», та засвідчують, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

9.6. Застрахована особа за цим Договором добровільно погодилися на страхування на умовах, зазначених у Договорі, та зобов'язується виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (в т. ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не надали згоди на страхування та/або не були попереджені Страхувальником про страхування за

Договором, Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував.

9.7. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб, повну однозначну необмежену строком згоду на обробку їх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), а саме згоду на:

(1) на передачу персональних даних Страхувальника/Застрахованих осіб та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: у зв'язку із (1а) укладенням та супроводженням Договору; (1б) з'ясуванням обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевіркою належності Страхувальника/Застрахованих осіб до осіб, на яких поширюється дія санкцій; (1г) проведенням маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідженням рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика; (2) на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб про наступне: (1) з моменту укладення Договору їх персональні дані будуть включені до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, та/або баз персональних даних Партнерів з місцезнаходженням таких персональних даних за адресою місцезнаходження Страховика та/або Партнерів відповідно; (2) персональні дані обробляються в обсязі, що міститься в Договорі та інших документах, поданих Страхувальником/Застрахованими особами Страховику під час

укладення Договору, та/або тих документах, які будуть отримані Страховиком під час виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб; (3) свої права відповідно до Закону.

9.8. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на обробку інформації про Застрахованих осіб (в тому числі персональних даних) за цим Договором у самостійно визначених Страховиком інформаційних (автоматизованих) системах, медичних інформаційних системах, аптечних інформаційних системах та їх агрегаторів, електронній системі "ЗаХист" з метою подальшого використання Страховиком таких даних для виконання зобов'язань згідно з цим Договором, а також для реалізації сторонами своїх прав та обов'язків за цим Договором. Обсяг даних Застрахованих осіб, щодо яких Страховик має право здійснювати процес обробки, визначається Сторонами як будь-яка інформація про Застрахованих осіб та умови цього Договору, що стала відома Страховику при встановленні та у ході відносин із Застрахованими особами, у тому числі від третіх осіб.

9.9. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення Страховика із запитом до закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів та інших компетентних установ, що можуть надати роз'яснення з приводу обставин настання страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи та отримані медичні послуги, а також згоду на отримання Страховиком діагнозів, історій хвороб Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю, та використання отриманої інформації згідно з умовами цього Договору із дотриманням конфіденційності.

9.10. Положення про виключення та санкції. Незважаючи на інші положення цього Договору, цей Договір забезпечує страхове покриття в тій мірі, наскільки дане страхове покриття не суперечить жодним економічним, торговим або фінансовим санкціям та/або ембарго Ради Безпеки ООН (ООН), Європейського Союзу (ЄС) або будь-якого національного законодавства, яке застосовується щодо сторін цього Договору. Це стосується також економічних, комерційних чи фінансових санкцій та/або ембарго, ініційованих Сполученими Штатами Америки чи іншими країнами, в тій мірі, наскільки вони не суперечать законодавству Європейського Союзу (ЄС) або місцевому законодавству.