



**ОФЕРТА (ПРОПОЗИЦІЯ) ЩОДО УКЛАДАННЯ  
 ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ "BEST DOCTORS"  
 (для укладання з 01 липня 2024 року)**

1. Дана Оферта є офіційною пропозицією ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СТРАХОВА ГРУПА "ОБЕРІГ" (ідентифікаційний код юридичної особи – 39433769, далі – **Страховик**), яке перебуває на загальній системі оподаткування згідно з Розділом 3 Податкового кодексу України та з Розділом 19 Податкового кодексу України «Прикінцеві положення», що адресується колу осіб, які мають намір застрахуватися на випадок хвороби (далі – **Клієнти**), укласти із Страховиком Договір медичного страхування "Best Doctors" (далі – **Договір**) згідно Загальних умов страхового продукту "Best Doctors" затверджених наказом генерального директора №2024/06/30 від 30.06.2024, початок дії з 01.07.2024, та які розміщені за посиланням oberig-sg.com/products (далі - **Загальні умови продукту**), Закону України "Про страхування", на підставі Ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (ризиків у межах класу) страхування 2, інформація щодо якої міститься в Державному реєстрі фінансових установ, у формі електронного договору.
2. Страхування здійснюється у відповідності до Договірних умов медичного страхування "Best Doctors" (далі - **Умови**) які, в розумінні п.5. ст.9 Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії", є **публічною частиною** Договору та є невід'ємною частиною цієї Оферти (Додатком №1 до Оферти). Укладення договору страхування посвідчується Сертифікатом про укладання Договору (далі - **Сертифікат**). Сертифікат, в розумінні п.5. ст.9 Закону України "Про фінансові послуги та фінансові компанії", є **індивідуальною частиною** Договору. Страховик та Клієнт іменуються разом в Договорі та Оферті як "**Сторони**".
3. Порядок укладання Договору зазначено у Розділі 17 Умов.
4. Місцем укладення Договору є місцезнаходження Страховика: м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040.
5. Дана Оферта для укладення Договору дійсна з "01" липня 2024 року, і є безстроковою до моменту її скасування або опублікування нової редакції Оферти. Оферту складено в м. Київ, вул. Васильківська, 14, 03040. Дата підписання Оферти "30" червня 2024 року. Попередні редакції цієї Оферти втрачають свою чинність з моменту початку дії нової редакції.
6. Відповідно до частини третьої статті 207 Цивільного кодексу України, при укладенні/виконанні цієї Оферти та Договору, Сторони дійшли згоди щодо надання дозволу і можливості Страховику (необмежені у часі та по кількості) для вчинення (підписання) будь-яких правочинів Страховиком із застосуванням використання факсимільних відтворень відтиску печатки Страховика та/або факсимільних відтворень власноручного підпису за допомогою засобів електронного, механічного або іншого копіювання підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика за такими зразками з можливістю зміни кольорового відображення, положення, пропорцій та розміру:

<p style="text-align: center;"> <b>Зразок факсимільного відтворення відбитку            печатки Страховика</b> </p>	
---	---

<p style="text-align: center;"> <b>Зразок факсимільного відтворення власноручного            підпису уповноваженої особи Страховика</b>            Уповноваженою особою Страховика є генеральний директор ТДВ "СГ "ОБЕРІГ", Крендельов Іван Федорович, який діє на підставі статуту         </p>	
--	---

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА ГРУПА «ОБЕРІГ»**

Веб-сайт: oberig-sg.com. E-mail: info@oberig-sg.com. Тел.: 0442214421. 0800218201. ІКЮО 39433769.  
Рахунок №UA803052990000026505006700493 у АТ «КБ «ПриватБанк» ІДП, вул. Васильківська, 14, 03040.

Генеральний директор



І.Ф. Крендельов

## ДОГОВІРНІ УМОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ “BEST DOCTORS”

### 1. СТРАХОВИК

ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ “СТРАХОВА ГРУПА “ОБЕРІГ”

Веб-сайт: [oberig-sg.com](http://oberig-sg.com). E-mail: [info@oberig-sg.com](mailto:info@oberig-sg.com). Тел.: +380442214421, 0800218201, ІКЮО 39433769.

Рахунок № UA803052990000026505006700493 у АТ “КБ “ПриватБанк”, м. Київ, вул. Васильківська, 14.

### 2. СТРАХУВАЛЬНИК

Особа яка акцептувала Оферту, отримала Сертифікат та здійснила оплату страхової премії, вказаної у Сертифікаті.

### 3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

3.1. Застрахованою особою (далі - **ЗО**) є фізична особа, що є резидентом України або громадянином України, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування. Договір укладається на підставі наявної у Страхувальника згоди Застрахованої особи на страхування.

3.2. Застрахованою може бути особа, що відповідає таким умовам:

3.2.1. Застрахованій особі на дату початку Договору не більше 64 повних років.

3.2.2. Застрахованій особі не встановлювалися діагнози та не проводилось будь-яке лікування щодо наступних захворювань та станів протягом усього життя Застрахованої особи:

- СНІД, ВІЛ-інфікування, первинний імунодефіцит
- будь-якого виду раку, лейкемії, хвороби Ходжкіна, лімфоми, саркоми або меланому;
- будь-яких: передракових змін; прикордонних пухлин; важких дисплазій або дисплазій високого ступеня; підвищення онкомаркера в крові (ПСА) до 4.0 нг / мл або вище; аномальних результатів мазка шийки матки з високим ступенем плоскоклітинного інтраепітеліальна поразки (CIN3 + або вище); аномальних результатів мамограми (категорія BI-RADS 3 або вище); гіпертиреозу, поліпів в товстій кишці, тонкій кишці і / або шлунку, і родимок або веснянок, які кровоточать, стають болючими, змінюють колір або збільшуються в розмірі; з приводу яких ЗО в повному обсязі одужала і / або не закінчила проходити контрольні обстеження або спостерігатися.
- будь-яких захворювань крові або спадкових імунних порушень, що потребують лікування протягом не менше одного місяця, які вимагають регулярного або тривалого лікування іншого, ніж дотримання спеціальної дієти (наприклад, апластична анемія, лімфома, міелома, мієлодиспластичний синдром, серповидноклеточности захворювання, таласемія);
- будь-яких видів пухлин, утворень, кіст всередині або навколо головного мозку (в межах черепа).

3.2.3. Щодо Застрахованої особи відсутні наступні факти/ фактори / обставини / стани / захворювання / події станом на дату надання Страховику інформації про Застраховану особу:

- у будь-кого з біологічних батьків Застрахованої особи, рідних братів або сестер, до досягнення ними шістдесяти років, діагностовано серцево-судинні захворювання (інфаркт, операція з шунтування або інсульт), полікістоз нирок або рак кишечника, молочної залози, товстої кишки, яєчників, простати, меланома, рак підшлункової залози або нирок;
- у Застрахованої особи протягом останніх шести місяців до дати надання Страховику інформації про Застраховану особу були наявні / зберігаються / повторюються симптоми / стани, які ще не були остаточно досліджені стосовно утворень в грудях або в яєчках, ректальні кровотечі, кров у сечі, незвичайний кашель більше шести тижнів, жовтяниця, незрозуміла втрата ваги, головні болі з наростаючою частотою їх виникнення, порушення зору (розмитий зір, подвоєння зору, безпричинна втрата зору), незрозуміла втрата слуху, труднощі з промовою, слабкість кінцівок, судомою частіше 1 разу на тиждень, напади або непритомність;
- лабораторні показники крові Застрахованої особи поза нормою по одному чи кільком з таких показників: креатинін, печінкові ферменти, рівень кальцію або онкомаркери;
- Застрахована особа мала чи має запланований або призначений візит або наміри візиту до лікаря/ лікарні/ лабораторії, станом на дату надання Страховику інформації про Застраховану особу, причина такого візиту - будь-які факти / фактори / обставини / стани / захворювання / події, описані у пункті 3.2 цих Цмов;
- Застрахована особа очікувала на дату надання Страховику інформації про Застраховану особу (або після неї) результатів будь-яких тестів / процедур / досліджень / аналізів для з'ясування фактів / факторів / обставин / станів / захворювань / подій описаних у пункті 3.2 цих Умов;
- Застрахована особа на дату надання Страховику інформації про Застраховану особу та 12 місяців до неї, мала рекомендацію / призначення / направлення на магнітно-резонансну томографію молочної залози (МРТ);

- Застрахована особа має або будь-коли раніше мала раніше рекомендацію / призначення / направлення для трансплантації будь-якого органу чи органів або перебуває, на дату надання Страховику інформації про Застраховану особу, в списку очікування на трансплантацію будь-якого органу чи органів;
- Застрахована особа знаходиться на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансері;
- Застрахованій особі проводилися хірургічні операції: по трансплантації органу або кісткового мозку, на клапанах серця, трепанації черепа.

3.2.4. Окрема додаткова умова для Застрахованої особи тільки за програмою “ОНКО + СЕРЦЕ + НЕЙРО” згідно п.6.7. цих Умов:

Застрахованій особі не встановлювалися діагнози та не проводилось будь-яке лікування, щодо наступних захворювань та станів протягом усього життя Застрахованої особи:

- будь-яких видів судинних порушень або порушень кровообігу, включаючи інсульт, транзиторну ішемічну атаку (ТІА), крововилив в мозок (кровотеча), субарахноїдальний крововилив, стеноз сонних артерій, аномальні кровоносні судини (артеріовенозна мальформація, аневризма, тромб або ембол) в головному мозку або навколо нього (в межах черепа);
- будь-яких форм захворювань серця (включаючи, але не обмежуючись, інфаркт, стенокардія / біль в грудях, захворювання судин серця, захворювання клапанів серця, шуми в серці або ревматизм, серцева недостатність, збільшення серця або кардіоміопатія. Цей пункт не включає лікування тільки від високого кров'яного тиску і / або високого рівня холестерину.
- діабету. Цей пункт не включає лікування гестаційного діабету (діабет вагітних).

3.3. У разі виявлення невідповідності Застрахованої особи умовам визначеним у п.3.2. цих Умов Договір не діє по відношенню такої Застрахованої особи з моменту його укладання, а сплачений Страховику Страхувальником страхова премія, відносно такої ЗО, підлягає поверненню Страхувальнику у повному обсязі за письмовим зверненням Страхувальника Страховику, таке повернення відбувається в строк до тридцяти календарних днів від дати письмового звернення Страхувальника.

**3.4. Факт укладання Договору відносно Застрахованої особи може підтверджуватись в один з таких способів (за рішенням Страховика) або обома такими способами (за рішенням Страховика):**

3.4.1. Сертифікатом, що виданий на кожну Застраховану особу, що є Додатком до Договору.

3.4.2. Один сертифікат з переліком застрахованих осіб, що є Додатком до Договору.

#### **4. ВИГОДОНАБУВАЧ**

Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно законодавства.

#### **5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

5.1. Ризик страхування характеризується обов'язком Страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату ЗО (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат на отримання ЗО медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання ЗО, розлад здоров'я, внаслідок настання страхового випадку який передбачений Програмою страхування.

5.2. Страховим випадком є захворювання, розлад здоров'я ЗО, яке покривається Програмою страхування.

#### **6. ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ**

Відповідно до Договору Страховик здійснює страхову виплату (страхове відшкодування), відповідно до умов обраної Програми страхування. До Програм страхування можуть входити наступні модулі покриття.

##### **6.1. Модуль Покриття I. Онкологічні захворювання:**

6.1.1. будь-які злоякісні пухлини, включаючи лейкемію, саркому і лімфому, що характеризуються неконтрольованим зростанням, поширенням клітин і інвазією в тканини;

6.1.2. будь-який рак "in situ", область ураження якого обмежена епітелієм, на якому він виник, за умови, що строма і навколишні тканини не були порушені.

Діагноз згідно п.6.1.1. та п.6.1.2. цих Умов повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень відповідним медичним закладом.

##### **6.2. Модуль Покриття II. Серцево-судинна хірургія:**

6.2.1. операція шунтування коронарної артерії (реваскуляризація міокарда) - хірургічне втручання, рекомендоване лікарем-кардіологом призначеного Страховиком та погоджене лікарем Страховика, для корекції звуження або закупорки однієї або більше коронарних артерій шляхом установки обхідних трансплантатів. При цьому виключаються такі процедури: лікування захворювань коронарних артерій методами, відмінними від шунтування коронарних артерій, такими як будь-які види ангіопластики і стентування;

6.2.2. заміна або відновлення одного або декількох клапанів серця за рекомендацією лікаря-кардіолога призначеного Страховиком та погодженням лікаря Страховика, незалежно від того, чи виконується це з використанням відкритої операції на грудній клітці, малоінвазивним способом або за допомогою серцевого катетера.

### 6.3. Модуль Покриття III. Нейрохірургія:

6.3.1. внутрішньочерепна і спінальна хірургія;

6.3.2. будь-яке хірургічне втручання в області головного мозку або будь-яких інших структур порожнини мозкового черепа;

6.3.3. лікування доброякісних пухлин, розташованих в спинному мозку (Medulla spinalis).

6.4. Інформація про обрану Страхувальником Програму страхування вказується в Сертифікаті, щодо кожної Застрахованої особи. Страховик має право вносити зміни до Програми страхування при пролонгації Договору, при цьому Страховик та Страхувальник укладають додаткову угоду до Договору, в якій будуть зазначені відповідні зміни, що внесені Страховиком до обраної Страхувальником Програми страхування для Застрахованої особи на новий період страхування.

6.5. Програми страхування, покриття за ними та їх наповнення.

Наявність позначки "ТАК" означає, що такий модуль покриття за такою Програмою страхування надається, інші позначки - означають, що такий Модуль покриття за такою Програмою страхування не надається. Обсяг послуг та ліміти відшкодування (виплат) обмежені для кожної Програми страхування. Для кожної Застрахованої особи обирається одна з Програм страхування.

ПОКРИТТЯ / ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ	6.6. "ОНКО"	6.7. "ОНКО + СЕРЦЕ + НЕЙРО"
<b>Модуль Покриття I. Онкологічні захворювання</b>	Так	
<b>Модуль Покриття II. Серцево-судинна хірургія</b>	Ні	Так
<b>Модуль Покриття III. Нейрохірургія</b>	Ні	Так
Страхова сума на один річний період дії Договору згідно з п.7.1.2. цих Умов	50 000 євро	100 000 євро
Загальний довічний ліміт відповідальності згідно з п.7.1.4. цих Умов	100 000 євро	200 000 євро
Річний ліміт придбання призначених ліків в Україні після завершення лікування в медичному закладі згідно п.6.10.1. цих Умов	5 000 євро	
Витрати на транспортування та проживання Застрахованої особи, супроводжуючої особи згідно п.6.8. цих Умов	3 поїздки в обидва кінці в межах одного страхового випадку, тривалістю до 14 днів кожна поїздка	
Строк дії страхового покриття	12 місяців від дати першої поїздки з метою лікування	
Контроль стану здоров'я в Україні згідно з п.6.10.2. цих Умов	до 4 разів в рік, (не частіше 1 разу на 90 днів)	
Країни, в які можуть направити застраховану особу на лікування	Україна / Іспанія / Туреччина / Польща	

Відповідно до умов Програми страхування передбачено вичерпне покриття послуг, витрат, що виникають у зв'язку зі встановленими страховими випадками, перерахованими в Програмі страхування в п.6.5. цих Умов. Послуги повинні бути організовані і витрати повинні бути понесені протягом відповідного строку дії страхового покриття. Послуги, витрати, що покриваються Договором:

#### 6.6. ПОСЛУГИ ДО ОТРИМАННЯ ЛІКУВАННЯ.

- «Друга медична думка» - другий медичний висновок, щодо передбачених програмою ризиків, захворювань / станів. У послугу входить надання консультативного висновку, складеного на основі збору і детального вивчення лікарем-експертом медичних даних пацієнта. Застрахована особа має право в момент повідомлення про настання страхового випадку вимагати від Страховика послугу «Друга медична думка» для підтвердження діагнозу захворювання або медичної процедури, що входять в програму, і визначення оптимального плану лікування. Послугу «Друга медичне думка» можна запросити тільки один раз по кожному страховому випадку.

#### 6.7. ПОСЛУГИ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ.

Відповідно до умов Договору, відшкодовуються такі витрати, що виникають у зв'язку з необхідним з медичної точки зору лікуванням захворювань і проведенням медичних процедур, передбачених умовами і перерахованих в попередньому медичному сертифікаті:

##### 6.7.1. ПРИ СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ:

- проживання, харчування та загальний догляд під час перебування Застрахованої особи в палаті, відділенні або секції стаціонару, або у відділенні реанімації або клінічного моніторингу;
- інші послуги стаціонару, в т.ч. які надаються амбулаторним відділенням стаціонару (включаючи послуги перекладача), а також витрати, які стосуються вартості додаткового ліжка або ліжка для супроводжуючої особи, якщо стаціонар надає таку послугу;
- використання операційної і всіх супутніх послуг.

6.7.2. **ПОСЛУГИ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ** або окремого оздоровчого центру, за умови, що лікування, хірургічне втручання або рецептурні лікарські засоби входять в покриття за Договором при їх наданні в стаціонарі;

6.7.3. огляди, лікування, надання медичних послуг або хірургічне втручання профільного лікаря;

6.7.4. відвідування лікарів під час госпіталізації;

6.7.5. наступні медичні та хірургічні послуги, лікування або рецептурні лікарські засоби:

- анестезія або застосування анестетиків за умови, що дані дії здійснюються кваліфікованим анестезіологом;
- лабораторні аналізи і патологічні дослідження, рентген-діагностика з метою підготовки лікування, радіотерапія, радіоізотопна діагностика, хіміотерапія, електрокардіограма, ехокардіографія, мієлограма, електроенцефалограма, ангиограма, комп'ютерна томографія та інші схожі дослідження і способи лікування, необхідні для діагностики та лікування захворювань, або проведення медичних процедур, які входять в покриття за програмою за умови їх проведення лікарем або під медичним контролем;
- переливання крові, введення плазми і сироватки;
- витрати, які відносяться до використання кисню, застосування внутрішньовенних розчинів і ін'єкцій;
- променева терапія: високоенергетичне випромінювання для скорочення пухлин і знищення ракових клітин рентгенівськими променями, гамма-променями і зарядженими частинками - це типи випромінювання, що використовуються для знищення злоскісних клітин або за допомогою пристрою поза тілом (променева терапія зовнішнім променем), або за допомогою радіоактивного матеріалу, поміщеного в тканину пухлини (внутрішня променева терапія, брахітерапія);
- реконструктивна хірургія для відновлення або реконструкції структури, пошкодженої або видаленої медичними процедурами, організованими і сплаченими відповідно до умов Договору;
- лікування ускладнень або побічних ефектів, безпосередньо пов'язаних з медичними процедурами, організованими і оплаченими відповідно до умов які вимагають негайної медичної допомоги в стаціонарі або поліклініці та не дають можливість транспортувати Застраховану особу після завершення етапу лікування.

6.7.6. **МЕДИКАМЕНТИ**, які застосовуються за медичним приписом під час госпіталізації ЗО для лікування захворювання або проведення медичної процедури, які входять до покриття за Договором. Медикаменти, призначені для післяопераційного лікування, оплачуються протягом 30 днів з моменту завершення Застрахованою особою стадії лікування і тільки за умови, що дані медикаменти придбано Страховиком до завершення такого етапу лікування.

6.7.7. **НАЗЕМНЕ І ПОВІТРЯНЕ ЕКСТРЕНЕ МЕДИЧНЕ ТРАНСПОРТУВАННЯ**, якщо таке запропоноване лікарем і попередньо узгоджено зі Страховиком та лікарем Страховика.

6.8. **ВИТРАТИ, НА ОТРИМАННЯ ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**, що покриваються під час лікування.

Ці Умови включають такі витрати (в межах страхової суми), що виникають у зв'язку отриманням Застрахованою особою медичної допомоги, а саме: поїзdkою, проживанням, і іншими заходами, організованими Страховиком для забезпечення Застрахованій особі доступу до медичного обслуговування відповідно до умов, зазначених в попередньому медичному сертифікаті.

Витрати на проїзд та проживання оплачуються в цілому на **3 (три) поїздки в обидва кінці** для Застрахованої особи, супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня) для кожної поїздки, включаючи виїзд з України до місця лікування і повернення додому, а також проживання на весь період кожної поїздки.

Оплата таких витрат проводиться тільки для перших 3 (трьох) поїздок на кожну Застраховану особу, яка отримує лікування.

Терміни і тривалість поїздок будуть встановлюватися додатково на підставі плану-графіка лікування, зазначеного лікуючим лікарем за погодженням лікаря Страховика.

6.8.1. **ВИТРАТИ НА ПРОЇЗД** з метою лікування за Програмою страхування.

Транспортні витрати на поїзdkу Застрахованої особи і одного супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня), з єдиною метою отримання лікування, за погодженням Страховиком у попередньому медичному сертифікаті. Організація транспортування повинна здійснюватися Страховиком. Страховиком не відшкодовуються будь-які транспортні витрати, понесені Застрахованою особою або третьою особою від імені Застрахованої особи при самостійній організації ними поїздки без попереднього погодження зі Страховиком.

Страховик несе відповідальність за встановлення дат транспортування відповідно до погодженого графіка лікування. Зазначені дати доводяться до відома Застрахованій особі в терміни, які дозволяють Застрахованій особі зробити всі необхідні йому приготування.

У разі, якщо Застрахована особа змінює дати транспортування, які були повідомлені йому Страховиком, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати Страховику всі витрати, пов'язані з організацією і здійсненням нового транспортування, за винятком випадків, коли зміни були узгоджені з Страховиком як необхідні з медичної точки зору.

У програму входять наступні транспортні послуги:

- проїзд від постійного місця проживання Застрахованої особи до встановленого аеропорту або міжнародної залізничної станції;
- проїзд по вартості залізничного або авіаквитка економ-класу до місця лікування, а також трансфер до зазначеного готелю;
- проїзд від встановленого готелю або медичного закладу в аеропорт або до міжнародної залізничної станції;
- проїзд по вартості залізничного та/або авіаквитка економ-класу до міста, в якому постійно проживає Застрахована особа;
- транспортні витрати не включають регулярний трансфер від готелю до стаціонару або офісу Лікаря під час лікування.

#### 6.8.2. **ВИТРАТИ НА ПРОЖИВАННЯ** під час лікування.

Проживання одного супроводжуючого (або двох супроводжуючих, якщо Застрахована особа неповнолітня), з єдиною метою отримання лікування ЗО, за погодженням зі Страховиком. Проживання повинно бути організовано Страховиком. Страховик не відшкодовує витрати за проживання, організоване Застрахованою особою або третьою особою від імені Застрахованої особи. Страховик організовує проживання в дати відповідно до графіка лікування погодженого одночасно лікуючим лікарем, лікарем Страховика та Страховиком. Дати повідомляються Застрахованій особі в терміни, що дозволяють Застрахованій особі зробити всі необхідні приготування. Страховик встановлює дату повернення відповідно до терміну завершення лікування і за погодженням з лікуючим лікарем тоді, коли Застрахований буде в змозі подорожувати. У випадку, якщо Застрахована особа змінить дату поїздки, раніше узгоджену з Страховиком, Застрахована особа повинна буде компенсувати Страховику всі витрати, пов'язані з новою організацією проживання, якщо тільки ця зміна не була погоджена з Страховиком як необхідна з медичної точки зору.

**Організація проживання включає** бронювання та сплату двомісного номера з одним двоспальним або двома односпальними ліжками в готелі високої якості (3 або 4-зіркового), включаючи сніданок. Вибір готелю залежить від доступності вільних номерів та виходячи з розташування лікарні чи лікаря в радіусі 10 км. Харчування (за винятком сніданку), а також супутні витрати в готелі не оплачуються. Підвищення класу обслуговування в готелі коштом Застрахованої особи забороняється.

#### 6.8.3. **ВИТРАТИ НА РЕПАТРІАЦІЮ.**

У разі смерті Застрахованої особи за межами України в ході лікування, організованого відповідно до умов Договору, Страховик відшкодовує репатріацію останків померлої особи в Україну.

В покриття входять тільки послуги та вироби, необхідні для підготовки тіла померлої особи та транспортування його в Україну, в т.ч.:

- послуги похоронного бюро по організації міжнародної репатріації, в т.ч. бальзамування і всі адміністративні питання;
- труна, яка відповідає мінімальним вимогам;
- транспортування останків померлої особи з аеропорту в пункт поховання в Україні.

6.9. Страховиком не компенсуються та не відшкодовуються будь-які витрати у зв'язку з лікуванням Застрахованої особи, що сплачені самостійно Застрахованою особою чи будь-якою іншою особою, ніж Страховик чи уповноважений Страховиком представник, якщо Страховик самостійно письмово не повідомить Застраховану особу про необхідність самостійної оплати.

6.10. **МЕДИЧНІ ВИТРАТИ**, що покриваються після завершення лікування за Програмою страхування:

6.10.1. **ВИТРАТИ НА ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ В УКРАЇНІ**, які покриваються після повернення з лікування у медичному закладі:

Витрати на медикаменти після повернення з лікування у медичному закладі, придбані на території України, рекомендовані до застосування лікуючим лікарем та лікарем Страховика при виконанні одночасно наступних умов:

6.10.1.1. медикаменти ліцензовані і дозволені (схвалені) до використання і застосування відповідним органом державної влади України;

6.10.1.2. доступні для придбання на території України, терміни і спосіб їх застосування сприяють продовженню лікування;

6.10.1.3. рецепти на медикаменти виписані українським лікарем;

6.10.1.4. медикаменти рекомендовані лікарем (лікарями) з метою продовження узгодженого обсягу лікування і погоджено з Страховиком та лікарем Страховика;

6.10.1.5. медикаменти призначаються після госпіталізації за межами України строком не менше трьох послідовних днів, та схвалені Страховиком в попередньому медичному Сертифікаті;

6.10.1.6. дозування медикаменту вписане на курс прийому, що не перевищує двох місяців;

6.10.1.7. рецепт на медикаменти вписаний протягом відповідного строку дії страхового покриття.

Купівля медикаментів на території України, відповідно до пункту 6.10.1. цих Умов, повинна бути організована, погоджена і оплачена Страховиком.

У разі, якщо:

- рекомендовані медикаменти (або альтернативний еквівалентний лікарський засіб з аналогічною ефективністю), що підтверджує Страховик, не мають ліцензії або офіційно не схвалені в Україні, або
- недоступні Застрахованій особі для покупки в Україні, але
- дотримані всі інші перераховані вище умови пунктів 6.10.1.4 - 6.10.1.7, та
- умови Договору передбачають оплату витрат на медикаменти, придбані за межами України,

в цьому випадку Страховик організовує транспортування і розміщення, на умовах описаних в п.6.8.1. та п. 6.8.2. цих Умов, Застраховану особу і супроводжуючу особу, з урахуванням загального обмеження до 3 (трьох) поїздок.

6.10.2. **КОНТРОЛЬ СТАНУ ЗДОРОВ'Я** після повернення з лікування у медичному закладі.

Після закінчення етапу лікування, умовами програми страхування передбачається оплата витрат, пов'язаних з контролем стану здоров'я Застрахованої особи на території України, при дотриманні наступних умов та обмежень:

6.10.2.1. контроль стану здоров'я здійснюється в одній з клінік, обраних Страховиком, і

6.10.2.2. контроль стану здоров'я здійснюється в Україні в терміни і в порядку, необхідному для проведення поточного спостереження за погодженням лікаря Страховика, і

6.10.2.3. контроль стану здоров'я здійснюється відповідно до рекомендацій лікуючого лікаря, в міру необхідності спостереження і оцінки стану здоров'я за погодження лікаря Страховика, і

6.10.2.4. рахунки за послуги, пов'язані з контролем стану здоров'я, виставлені до закінчення відповідного строку дії страхового покриття.

Послуги, пов'язані з контролем стану здоров'я, відповідно до пункту 6.10.2. цих Умов при здійсненні в Україні, повинні бути організовані і оплачені безпосередньо Страховиком в Україні. У разі, якщо лікарі, відповідальні за здійснення контролю стану здоров'я в Україні, вказують, що в зв'язку зі зміною стану здоров'я Застрахованої особи, необхідно змінити запропоновані методи контролю стану здоров'я, що були спочатку встановлені лікуючим лікарем, нові методи контролю необхідно довести до відома лікаря Страховика для затвердження і схвалення.

## **7. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА**

7.1. Страхова сума визначається за згодою Сторін та зазначається у Сертифікаті.

7.1.1. Страхова суми та ліміти відповідальності, є зменшувальні (агрегатні), тобто, сума, в межах якої Страховик зобов'язується виплатити страхове відшкодування витрат згідно Програми страхування зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

7.1.2. Якщо страхова сума, на річний період дії Договору, буде використана повністю протягом одного року страхування, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором припиняється до закінчення поточного страхового року, та відновлюється на початок наступного страхового року за умови пролонгації Страхувальником Договору, сплати страхового платежу та у випадку якщо не вичерпано загальний довічний ліміт який встановлено відповідно до обраної Програми страхування.

7.1.3. Річний ліміт відповідальності для застрахованої особи на лікарські препарати в Україні є агрегатним та завжди зменшується на суму вже здійснених виплат за лікарські препарати в Україні по конкретній Застрахованій особі.

7.1.4. Загальний довічний ліміт відповідальності по Застрахованій особі, використовується при Пролонгації на другий та наступні роки, встановлюється відповідно до обраної Програми страхування. Цей ліміт є агрегатним та завжди зменшується на суму страхових виплат, здійснених по страховим випадкам по Застрахованій особі по Договору та по Договорам страхування до яких Договір має ознаку "Пролонгації", або до його попередніх чи наступних Договорів. У випадку якщо довічний ліміт відповідальності буде використано повністю, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором припиняється та такий Договір вважається достроково припиненим з моменту такого вичерпання.

7.1.5. При пролонгації Договору Страховик має право вносити зміни до встановлених Договором окремих лімітів страхових сум та/або страхових тарифів, умов, здійснювати відповідне зменшення та/або збільшення страхової премії.

7.2. Інформація про страхову премію, страховий тариф зазначається в Сертифікаті.

7.3. Франшиза за Договором не передбачена.

## **8. ТЕРМІН СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ**

8.1. При укладенні Договору страхова премія (перша частка) сплачується в повному обсязі.



8.2. Страхувальник сплачує страхову премію у гривні Страховику безготівково за реквізитами: **IBAN:UA80305299000026505006700493, ІКЮО 39433769** або за реквізитами які надані Страховиком чи його представником при укладанні Договору.

8.3. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив чергову частку страхової премії у строк, передбачений Договором, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими умовами Договору, автоматично продовжується на пільговий період – 30 (тридцять) календарних днів. При цьому, Страховик визнає випадок страховим, якщо він стався протягом пільгового періоду, виключно за умови сплати чергової частки страхової премії протягом періоду, зазначеного в цьому пункті. У разі не сплати чергової частки страхової премії у вищезазначений період - Договір припиняє свою дію та Страховик звільняється від зобов'язань по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, що настали після дати, в яку повинна бути сплачена чергова частка страхової премії за Договором. Пільговий період також застосовується для пролонгації Договору страхування

## **9. ДІЯ, СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

9.1. Строк дії Договору зазначається у Сертифікаті та становить один рік.

9.2. Договір набуває чинності з дати зазначеної в Сертифікаті, як дата початку дії Договору, але не раніше дня, наступного за днем надходження страхової премії (першої частки) на банківський рахунок Страховика у повному обсязі.

9.3. Дата початку дії Договору визначається Страховиком відносно окремої Застрахованої особи та фіксується в Сертифікаті.

9.4. Договір діє до дати, зазначеної в Сертифікаті, як дата закінчення дії Договору.

9.5. Дата завершення дії Договору визначається Страховиком відносно окремої Застрахованої особи та фіксується в Сертифікаті.

9.6. За ініціативою Страхувальника та згодою Страховика, може бути здійснено пролонгацію Договору на новий річний період страхування на умовах, що діють у Страховика на той момент. З метою пролонгації Договору Страхувальник звертається до Страховика, не пізніше ніж за тридцять календарних днів до дати припинення дії Договору. Факт укладання нового Договору (Пролонгації) посвідчується новим Сертифікатом з зазначенням ознаки пролонгації.

9.7. Договір не може бути пролонговано, з року наступного за датою досягнення Застрахованою особою віку 65 повних років.

9.8. При пролонгації Договору, Страхувальником може бути змінено Програму страхування для Застрахованої особи за зверненням Страхувальника до Страховика, при цьому зміна з програми згідно "ОНКО" на "ОНКО + СЕРЦЕ + НЕЙРО" здійснюється виключно шляхом укладання нового Договору із застосуванням нового періоду очікування 180 днів, а також новою датою надання інформацію про Застраховану особу (як дата укладання нового Договору), при цьому, Страховик має право відмовити у зміні Програми страхування для Застрахованої особи.

9.9. Дія Договору, по відношенню до окремої ЗО, припиняється після виконання Страховиком зобов'язань, щодо цієї ЗО, у повному обсязі.

9.10. Територія дії Договору весь світ, з наступними обмеженнями:

9.10.1. Надання медичної допомоги здійснюється на базі медичних установ на території України, Іспанії, Туреччини та Республіки Польща з якими співпрацює Страховик.

9.10.2. Лікування за межами України здійснюється за наявності одночасно взаємної згоди Страховика і Застрахованої особи та відповідного рішення в попередньому медичному сертифікаті лікування Застрахованої особи, в якому зазначено про необхідність лікування за межами України, за умови, що таке лікування не можна отримати в Україні через відсутність відповідного обладнання, досвіду чи фахівців.

9.10.3. Покриття медичних витрат згідно п.6.10. цих Умов відбувається на території України.

## **10. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ**

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

10.2. Об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

## **11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

11.1. Не визнаються страховими випадками:

11.1.1. захворювання, які були присутні до початку дії Договору;

11.1.2. будь-які захворювання, які були діагностовані, виявлені, щодо яких проводилося лікування або проявилось пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами/ свідченнями (ознаками) протягом періоду очікування;

11.1.3. будь-яке захворювання або медичний стан, який було викликано медичними процедурами, організованими і сплаченими за цим Договором, за винятком випадків, коли дане захворювання або медичний стан передбачено програмою або вимагає проведення медичної процедури, що входить в Програму страхування відповідно до Розділу 6 цих Умов;

11.1.4. онкологічні захворювання, а саме:

- Дисплазія шийки матки CIN1, CIN2, CIN3;
- Будь-які передракові зміни в клітинах, які цитологічно та гістологічно класифікуються як дисплазія високого ступеня диференціювання або важка дисплазія;
- Будь-які доброякісні пухлини та новоутворення (в т.ч. гістологічно діагностовані як передракові);
- Злоякісна меланома класу А1 (1 міліметр), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
- Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
- Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
- Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;
- Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).
- Будь-які онкологічні захворювання на фоні вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

11.1.5. які сталися поза межами території дії Договору та які настали не під час дії Договору.

11.2. Договором не покривається, та Страховиком не відшкодовуються:

11.2.1. Витрати, викликані будь-якими захворюваннями та/або медичними процедурами, не передбаченими в Програмі страхування та цими Умовами.

11.2.2. Витрати, прямо не передбачені в Програмі страхування.

11.2.3. Будь-яка термінова, екстрена, невідкладна медична допомога до початку лікування організованого Страховиком за Договором та після завершення лікування організованого Страховиком за Договором;

11.2.4. Збитки, що виникли, якщо Застрахована особа до, під час або після закінчення процесу визнання випадку страховим, встановленого Страховиком або під час лікування:

- не дотримувалася рекомендацій, призначень або встановленого лікарем плану лікування або
- відмовилася від будь-якого лікування або від додаткових обстежень або аналізів, необхідних для встановлення остаточного діагнозу або плану лікування.

11.2.5. Лікування із застосуванням методів генної терапії, терапії соматичних клітин, тканинно-інженерних методів.

11.2.6. Експериментальне лікування, а також діагностичні, лікувальні та/або хірургічні процедури, безпека і надійність яких не обґрунтована і не підтверджена міжнародним медичним співтовариством.

11.2.7. Медичні процедури, необхідність яких викликана захворюванням СНІД (синдром набутого імунодефіциту), ВІЛ (вірусом імунодефіциту людини) або будь-яким захворюванням, ними викликаним (в т.ч. саркома Капоші), або будь-яким лікуванням СНІД або ВІЛ.

11.2.8. Лікування наступних форм онкологічних захворювань:

11.2.8.1. будь-який не пов'язаний з меланою рак шкіри, який гістологічно класифікується як такий, що не проник за межі епідермісу (зовнішнього шару шкіри);

11.2.8.2. будь-яке лікування, яке передбачає застосування Технології CAR (Химерний рецептор антигену), CAR Т-клітинної терапії.

11.2.9. Будь-які послуги, які не є необхідними з медичної точки зору для лікування захворювання або здійснення медичної процедури, які входять в покриття за Програмою страхування.

11.2.10. Витрати на альтернативні методи лікування, обслуговування, виробу медичного призначення або рецептурні лікарські препарати по захворюванню, кращим лікуванням для яких є трансплантація, що не покривається Договором.

11.2.11. Лікування довгострокових побічних ефектів; полегшення хронічних симптомів; реабілітація; фізіотерапія; відновлення рухливості; мовна та логопедична терапія; паліативна допомога та будь-яка медична допомога, що спрямована на зняття симптомів для пацієнтів чиє лікування є неможливим/необхідним з медичної точки зору.

11.2.12. Витрати на лікарські препарати в Україні (згідно п.6.10.1. цих Умов), а саме:

- вартість введення / застосування препарату;
- вартість лікарських препаратів, придбаних за межами України, якщо Страховиком не встановлено інше;
- вартість лікарських засобів, при наданні Страховику документів на відшкодування більш ніж через 180 календарних днів з моменту виникнення витрат.

11.2.13. Витрати на контроль стану здоров'я (згідно п.6.10.2. цих Умов), якщо:

- витрати відносяться до медичних послуг, не передбачених планом лікування, затвердженим Страховиком.
- витрати понесені в медичній установі, що не затверджена Страховиком;
- витрати понесені без погодження зі Страховиком.

11.2.14. Будь-які пересадки органів, їх частин і сегментів, клітин, шкіри та тканин.

11.2.15. Лікування стовбуровими клітинами.

11.2.16. Будь-яке лікування, яке не може бути відтерміноване на період, що наданий Страховику для процесу перевірки та організації процесу лікування.

- 11.2.17. Будь-яке лікування, якщо Застрахована особа не є транспортабельною для переміщення до медичного закладу для проходження лікування або таке транспортування напряму загрожує її життю.
- 11.2.18. Лікування родових травм та/або вроджених вад розвитку будь-якого виду, в тому числі вроджених вад розвитку та функціонування серця, судин, головного мозку, черепної коробки, спинного мозку або хребта.
- 11.2.19. Медичні та інші послуги, які надаються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень;
- 11.2.20. Лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом).
- 11.2.21. Будь-які витрати, викликані або пов'язані з діагнозом, лікуванням, обслуговуванням, наданням виробів медичного призначення або рецептурних лікарських препаратів будь-якого роду в будь-якій країні світу, якщо Застрахована особа на момент подачі заяви про настання страхового випадку не перебувала на території України в законному статусі резидента України або громадянина України.
- 11.2.22. Будь-які витрати, понесені після закінчення строку страхового покриття.
- 11.2.23. Будь-які витрати, понесені до видачі попереднього медичного сертифіката.
- 11.2.24. Будь-які витрати, понесені самостійно Застрахованою особою без попереднього погодження зі Страховиком.
- 11.2.25. Будь-які витрати, понесені в стаціонарі, відмінному від зазначеного в попередньому медичному сертифікаті.
- 11.2.26. Будь-які витрати, що не відповідають умовам, викладеним у Розділі 13 цих Умов.
- 11.2.27. Будь-які витрати, понесені за послуги з цілодобового перебування (госпіталізації) в спеціалізованих установах, перебування на курорті, в клініці природної медицини, на дому, послуг в оздоровчому центрі, хоспісі або будинку для літніх людей, навіть якщо такі послуги потрібні або необхідні внаслідок захворювання або медичної процедури, що входять в покриття.
- 11.2.28. Будь-які витрати, понесені при придбанні (або оренді) будь-яких видів протезів або ортопедичних пристроїв, корсетів, бандажів, милиць, штучних кінцівок, органів та перук (навіть якщо їх використання вважається необхідним в ході лікування хіміотерапією), ортопедичного взуття, зубних протезів, гризових бандажів і іншого схожого обладнання або виробів, за винятком протезів молочної залози після мастектомії і протезів клапанів серця, потрібних для проведення медичних процедур, організованих і оплачених за Договором.
- 11.2.29. Будь-які витрати, понесені при придбанні чи оренді крісел-колясок, спеціальних ліжок, приладів кондиціонування повітря, очищувачів повітря і інших схожих виробів чи обладнання.
- 11.2.30. Всі фармацевтичні та лікарські препарати, які не були відпущені ліцензованим фармацевтом, або які можуть бути придбані без медичного рецепту.
- 11.2.31. Всі витрати на використання засобів альтернативної та експериментальної медицини, навіть якщо вони були рекомендовані лікарем.
- 11.2.32. Будь-які витрати на медичний догляд або госпіталізацію у випадках когнітивних розладів, церебрального синдрому, старечої немочі або порушення мозкового кровообігу, незалежно від стадії розвитку даних станів.
- 11.2.33. Витрати на послуги перекладача, телефонний зв'язок та інші витрати, пов'язані з предметами особистого користування або за своєю суттю не є медичними, або на будь-які інші послуги, що надаються родичам або супроводжуючим.
- 11.2.34. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою, її родичами, або супроводжуючими, крім прямо передбачених умовами Договору.
- 11.2.35. Будь-які медичні витрати, які не є загальноприйнятими і розумними.
- 11.2.36. Будь-які витрати на регулярне транспортування з готелю до медичного закладу або до лікаря, організовані Застрахованою особою, супроводжуючим.
- 11.2.37. Будь-які витрати, що не були попередньо погоджені лікарем Страховика.
- 11.3. Страховим випадком не є і страхова виплата не здійснюється, якщо страхові випадки, зазначені у цих Умовах, сталися внаслідок:
- 11.3.1. вживання ЗО та/або перебування під дією, алкогольних, наркотичних або токсичних речовин;
- 11.3.2. самогубства або замаху на самогубство;
- 11.3.3. участі у парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
- 11.3.4. участі у військових діях будь-якого роду, народних заворушеннях, повстаннях;
- 11.3.5. терористичних актів, війни (оголошеної чи не оголошеної), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану;
- 11.3.6. прямої чи непрямої дії радіоактивного чи іонізуючого випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення та впливу надзвичайних і невідворотних подій (стихійні лиха);
- 11.3.7. самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;

11.3.8. нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою;

11.3.9. недотримання правил (норм) техніки безпеки праці або виробничої санітарії, правил протипожежної безпеки;

11.3.10. протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку.

11.4. Договір передбачає покриття лише нових страхових випадків, що настають з дати укладання Договору. Страхові випадки, що регулюються цими Умовами, та належать до договорів попередніх періодів, не покриваються. Це означає, що рецидиви або відновлення медичних станів, що відносяться за цими Умовами до медичних станів, які покриваються, і виникли в результаті заявлених раніше страхових випадків (за попередніми періодами та/або попередніми договорами зі Страховиком), не будуть покриватися.

## **12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

12.1. Зміни і доповнення Договору відбувається за вимогою Страхувальника або Страховика згідно Розділу 4 Загальних умов продукту.

12.2. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:

12.2.1. закінчення строку дії Договору;

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

12.2.3. несплати Страхувальником страхової премії у повному обсязі до початку дії Договору;

12.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.2.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

12.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Загальними умовами продукту.

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

12.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування у розмірі **60% від страхової премії**, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування у розмірі **60% від страхової премії**, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

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

12.7. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику оригінал Сертифікату разом з заявою про припинення Договору.

## **13. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

13.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заявленої вимоги Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємця (-ів) Застрахованої особи), всіх необхідних належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та складеного Страховиком страхового акту.

13.2. Заявленою вимогою є письмова вимога, у формі заяви про виплату страхового відшкодування, яка містить обґрунтовану вимогу про здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) згідно умов Договору, що надійшла Страховику у письмовій формі від належним чином встановленої особи, що має відповідні повноваження на підписання та подання такої заяви.

13.3. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором, Страховик/представник Страховика може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи/ Вигодонабувача) надати Страховику наступні документи:

13.3.1. заява про страховий випадок та про виплату страхового відшкодування, за формою, встановленою Страховиком;

13.3.2. Сертифікат (примірник Страхувальника);

13.3.3. копія паспорта отримувача страхової виплати та довідки про присвоєння йому реєстраційного номеру облікової картки платника податку;

13.3.4. документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта,

лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;

13.3.5. результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз;

13.3.6. якщо Застрахована особа робить запит послуги «Друга медична думка», ця послуга повинна бути надана до прийняття рішення про визнання випадку страховим, Застрахована особа може відмовитись від цієї послуги;

13.3.7. на обґрунтовану вимогу Страховика - інші документи, що підтверджують (встановлюють) обставини настання страхового випадку із ЗО, страховий інтерес отримувача страхової виплати тощо.

13.4. Документи надаються Страховику українською мовою, у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників, або простих копій, за умови надання можливості звірки цих копій з оригінальними примірниками документів.

### **13.5. Оцінка Заяви про страховий випадок і пропозиція медичних закладів для лікування.**

13.5.1. Після отримання результатів усіх відповідних діагностичних досліджень і історії хвороби за запитом Страховика, Застрахована особа отримує повідомлення про визнання /невизнання випадку страховим.

13.5.2. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 10 (десяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті.

13.5.3. У випадку, якщо Страховик прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати, в письмовій формі обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.

13.5.4. У випадку, якщо Страховик прийняв рішення про здійснення страхової виплати та якщо Застрахована особа заявляє про бажання лікуватися за Програмою страхування, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, Страховик надає Застрахованій особі список рекомендованих медичних установ для лікування.

13.5.5. Якщо Застрахованій особі буде необхідно організувати лікування, згідно цих Умов, Страховик перевіряє, чи не закінчився строк дії страхового покриття, в результаті чого можливі такі сценарії:

#### **Сценарій 1: Повний термін лікування.**

Якщо відповідно до Програми страхування не висувалося жодних претензій (не були заявлені страхові випадки), внаслідок яких лікування могло б бути організовано і сплачено, то Страховик підтверджує тривалість строку дії страхового покриття.

#### **Сценарій 2: Скорочений термін лікування.**

Якщо відповідно до Програми страхування раніше була подана претензія (був заявлений страховий випадок (ки)) і, внаслідок якого лікування було організовано і сплачено відповідно до цих Умов, то Страховик підтверджує тривалість строку дії страхового покриття в кількості місяців, що залишилися до дати закінчення дії Договору.

#### **Сценарій 3: Термін лікування (строк дії страхового покриття) закінчився.**

Якщо відповідно до Програми страхування раніше була подана претензія (був заявлений страховий випадок (ки)) і, внаслідок якого лікування було організовано і сплачено за Договором, при цьому строк дії страхового покриття повністю закінчився.

Згідно з сценаріями 1 і 2, Застрахованій особі надається список рекомендованих клінік.

### **13.6. Лікування за Програмою страхування: попередній медичний сертифікат**

13.6.1. Після отримання від Застрахованої особи підтвердження про рішення лікуватися за Програмою страхування в медичній установі, обраній зі списку рекомендованих Страховиком, за умови, що строк дії страхового покриття ще не закінчився, Страховик організовує все необхідне для поїздки і лікування Застрахованої особи і видає попередній медичний сертифікат, дійсний тільки для узгодженого медичного закладу.

13.6.2. Перелік рекомендованих медичних установ і попередній медичний сертифікат враховують стан здоров'я Застрахованої особи на момент видачі. Оскільки стан здоров'я Застрахованої особи з часом може змінитися, обидва документи будуть дійсні протягом трьох місяців.

13.6.3. Якщо Застрахована особа не вибрала медичний заклад із запропонованого Страховиком списку або не почала лікування в узгодженому стаціонарі, зазначеному в попередньому медичному сертифікаті протягом трьох місяців після його випуску, нові версії цих документів можуть бути переоформлені з урахуванням нових даних про стан здоров'я Застрахованої особи.

13.6.4. За умови виконання вимог попереднього медичного сертифіката, Страховик, відповідно до умов Договору, безпосередньо оплачує медичні витрати, передбачені пунктом 6.7. цих Умов і бере на себе організацію поїздки і

розміщення, передбачені пунктами 6.8.1. та 6.8.2. цих Умов з урахуванням обмежень, винятків і умов, викладених в цих Умовах.

### **13.7. Строк дії страхового покриття, що застосовується.**

13.7.1. Строк дії страхового покриття починається з дати першої поїздки з метою лікування в межах Програми страхування.

13.7.2. Відповідно до цих Умов покриваються витрати за надані послуги, що виникають у зв'язку зі страховими випадками за передбаченою Договором Програмою страхування і протягом строку дії страхового покриття.

13.7.3. Якщо Застрахована особа починає лікування в Стаціонарі, зазначеному в попередньому медичному сертифікаті, перед закінченням строку дії страхового покриття, то його медичні витрати будуть оплачуватися відповідно до положень пункту 6.7. цих Умов, до дати завершення лікування, передбаченої планом лікування.

### **13.8. Обслуговування після лікування в медичному закладі.**

13.8.1. Протягом строку дії страхового покриття, Страховик надає Застрахованій особі інструкцію з користування медичними послугами після лікування в медичному закладі. Ці інструкції засновуються на рекомендаціях лікаря.

13.8.2. Застрахована особа має можливість придбання медикаментів відповідно до п.6.10.1. цих Умов та контролю стану здоров'я відповідно до п.6.10.2. цих Умов, до закінчення строку дії страхового покриття.

### **13.9. Експертиза страхового випадку після повернення Застрахованої особи з медичного закладу після лікування.**

13.9.1. Після остаточного повернення Застрахованої особи після завершення запланованого лікування, зміна стану Застрахованої особи може вимагати оцінки даного стану для визначення необхідного за медичними показаннями нового лікування. Якщо не закінчився строк дії страхового покриття, Застрахована особа може звернутися до Страховика для проведення такої оцінки.

13.9.2. Страховик знову інформує Застраховану особу про кроки, необхідні для надання Страховику всіх відповідних діагностичних тестів і медичних документів, необхідних для завершення цієї оцінки.

13.9.3. Якщо оцінка стану підтвердить необхідність лікування, Страховик видає новий попередній медичний сертифікат і список рекомендованих клінік партнерів Страховика для лікування за Програмою страхування.

13.9.4. В результаті оцінки стану ЗО може знадобитися нова послуга «Друга Медична думка», якщо це буде обґрунтовано з медичної точки зору на думку Страховика.

13.9.5. Договір буде продовжувати забезпечувати покриття всіх послуг і медичних витрат до кінця строку дії страхового покриття, що застосовується відповідно до умов останнього випущеного попереднього медичного сертифіката.

### **13.10. Співробітництво.**

13.10.1. Застрахована особа і її родичі повинні дати свій дозвіл на відвідування її лікарями, уповноваженими Страховиком і на право направлення будь-яких запитів в будь-які організації і установи, які необхідні Страховику. Для цієї мети лікарі, які відвідали Застраховану особу і надали йому медичну допомогу звільняються від зобов'язання дотримання медичної таємниці.

13.10.2. Відмова від таких відвідувань лікарями буде розцінена Страховиком як пряма відмова Застрахованої особи і її родичів від права на отримання страхового відшкодування по страховому випадку.

## **14. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

14.1. Підставою (причиною) для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи 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;

14.1.2. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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

14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

14.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами;

14.1.6. порушення Страхувальником цих Умов;

14.1.7. невиконання Страхувальником (ЗО) своїх обов'язків за Договором;

14.1.8. створення Страхувальником (ЗО, Вигодонабувачем) Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.9. несплата Страхувальником страхової премії в розмірах та в строки, які встановлені в Сертифікаті;

14.1.10. ненадання документів згідно Розділу 13 цих Умов;

- 14.1.11. відмова ЗО від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика;
- 14.1.12. відмова ЗО в допущенні візитів лікарів Страховика;
- 14.1.13. якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору;
- 14.1.14. інші випадки, передбачені законодавством України.

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

### **15.1. Страхувальник має право:**

- 15.1.1. ознайомитись з Загальними умовами продукту та цими Умовами;
- 15.1.2. вимагати від Страховика своєчасної страхової виплати (виплати страхового відшкодування) у термін, визначений цими Умовами;
- 15.1.3. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого договору без пояснення причин, в порядку зазначеному в Розділі 5 Загальних умов продукту;
- 15.1.4. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;
- 15.1.5. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 12 цих Умов;
- 15.1.6. одержати від Страховика дублікат Сертифікату в разі втрати оригіналу;
- 15.1.7. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір здійсненої страхової виплати в судовому порядку.

### **15.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**

- 15.2.1. надати Страховику всю відому йому інформацію, що має значення для оцінки страхового ризику;
- 15.2.2. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування;
- 15.2.3. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи;
- 15.2.4. повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір, і якщо Застрахована особа протягом 30 календарних днів не повідомила страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;**
- 15.2.5. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені у Сертифікаті;
- 15.2.6. протягом строку дії Договору 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;
- 15.2.7. при настанні страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у Розділі 6 Загальних умов продукту;
- 15.2.8. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 15.2.9. виконувати розпорядження та рекомендації Страховика після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 15.2.10. на вимогу Страховика проходити медичні огляди для підтвердження факту настання страхового випадку;
- 15.2.11. надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.
- 15.2.12. Застрахована особа і її родичі повинні допускати лікарів, що призначені Страховиком - для нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних Страховику для оцінки страхового ризику або розміру страхового відшкодування.

### **15.3. Страховик має право:**

- 15.3.1. перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію;
- 15.3.2. відмовити у страховій виплаті (виплаті страхового відшкодування) у випадках, передбачених цими Умовами та чинним законодавством України, а також у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог п.15.2. цих Умов;
- 15.3.3. ініціювати внесення змін до умов Договору протягом строку його дії;
- 15.3.4. самостійно з'ясувати причини та обставини страхової події, робити запити в компетентні органи про відомості, пов'язані зі страховою подією;
- 15.3.5. при необхідності, організувати медичні огляди з метою обстеження Застрахованої особи;
- 15.3.6. доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору;
- 15.3.7. відмовити в пролонгації Договору;
- 15.3.8. самостійно приймати рішення щодо зміни медичного закладу, лікаря, країни лікування під час лікування Застрахованої особи, яке вже розпочато та/або триває, за умови, що така зміна медичного закладу чи країни

лікування не є протипоказанням з медичної точки зору та Застрахована особа є транспортабельною;

15.3.9. достроково припинити дію Договору з дотриманням вимог Розділу 12 цих Умов;

15.3.10. пред'явити вимогу до особи, що одержала страхову виплату, про повернення отриманої суми (повністю або частково), якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати, на підставі цих Умов, права на одержання зазначених коштів (повністю або частково).

15.3.11. на власне дослідження чи розслідування, та для цього: запитувати та отримувати будь-яку інформацію за будь-який період стосовно Застрахованої особи у Страхувальника / Застрахованої особи / її роботодавців / медичних закладів / лікарень / лікарів / аптечних мереж / лабораторій / установ Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України та будь-яких інших державних органів чи установ. Страховик має право утворити комісію з трьох лікарів обраних на розсуд Страховика, для визначення питання достовірності чи недостовірності даних наданих Застрахованою особою / Страхувальником, рішення цієї Комісії буде обов'язковим, справедливим та прийнятним для Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи.

#### **15.4. Страховик зобов'язаний:**

15.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Умовами та Загальними умовами продукту;

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

15.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений цими Умовами строк.

15.4.4. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

15.4.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства;

15.4.6. видати Страхувальнику дублікат Сертифікату у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату втрачений примірник вважається недійсним.

15.5. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору, його сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

**15.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше ніж подвійна облікова ставка Національного банку, яка діяла в період, за який нарахована пеня.**

15.7. Сторони звільнюються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства тощо), що підтверджується відповідним документом Торгово-Промислової палати України.

15.8. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати або страхового відшкодування, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати або страхового відшкодування призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.

15.9. Страховик в жодному разі, за жодних обставин не несе ніяких видів відповідальності за діяльність, бездіяльність, неналежне, несвоєчасне, повне чи неповне невиконання обов'язків будь-якими третіми особами (надавачами медичних послуг, медичного обладнання, постачальниками товарів медичного призначення та медикаменти, готелями та іншими установами, що надають житло в користування чи оренду, транспортними компаніями, авіакомпаніями, компаніями перевізниками, лікуючими лікарями, медичним персоналом, лікарнями, медичними закладами та будь-кого іншого), що були задіяні Страховиком в для виконання умов Договору.

#### **16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

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

16.2. Суперечності, які виникли між сторонами, вирішуються шляхом переговорів.

16.3. У всьому, що не врегульовано цими Умовами, Сторони керуються Загальними умовами продукту. Відносини сторін в частині, що не врегульовані цими Умовами та Загальними умовами продукту, регулюються чинним законодавством України.

#### **17. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ТА ІНШІ УМОВИ**

17.1. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку,



передбаченому Законом України "Про електронну комерцію". У разі, якщо Договір укладається в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", ці Умови, в розумінні п.1.ст.11 Закону України "Про електронну комерцію" є істотними умовами Договору.

17.2. Договір укладається на умовах Оферти, яка розміщується на сайті Страховика на сторінці за посиланням [oberig-sg.com/oferty](http://oberig-sg.com/oferty) та/або його партнера, шляхом надання Страховиком пропозиції його укласти та прийняття її Клієнтом (Акцепту) з використанням інформаційно-комунікаційних систем (ІКС) Страховика та/або його партнера.

17.3. Доступ страхувальника до Кабінета страхувальника формується Страховиком на вимогу Страхувальника до Страховика. Страховик на таку вимогу Страхувальнику надає останньому дані доступу та окремі ідентифікатори.

17.4. Фактом приєднання та безумовним Акцептом умов Оферти Клієнтом вважається заповнення ним формуляра заяви (форми) про прийняття пропозиції (далі - **Заява**) в електронній формі, з використанням ІКС Страховика та/або його партнера, та її підписання електронним підписом або одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його партнером Страхувальнику засобами мобільного/електронного/інтернет зв'язку. Одноразовий ідентифікатор - дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, що додаються до інших електронних даних особою, яка прийняла пропозицію (Оферту) укласти електронний договір, та надсилаються іншій стороні цього договору. При цьому підписання Клієнтом Заяви таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

17.5. Після прийняття Клієнтом пропозиції відповідно до п.17.4. він набуває статусу Страхувальника та має здійснити оплату страхової премії у розмірі, визначеному умовами Договору.

17.6. Надання Клієнту Сертифікату є підтвердженням отримання Страховиком Заяви Клієнта.

17.7. Заповнення Заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір, у разі, якщо Клієнт не підписав Заяву електронним підписом або одноразовим ідентифікатором, Договір вважається неукладеним.

17.8. Зі сторони Страховика Договір підписується:

- кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або його партнером на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладеним такою особою. Сторони можуть використовуватись удосконалений електронний підпис, якщо це передбачено законодавством; або

- застосуванням використання факсимільних відтворень відтиску печатки Страховика та/або факсимільних відтворень власноручного підпису за допомогою засобів електронного, механічного або іншого копіювання підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика.

17.9. Одразу після підписання Договору обома сторонами Страховик надсилає Страхувальнику укладений ним електронний Договір страхування у формі, що унеможливорює спотворення його змісту, засобами мобільного/електронного/інтернет зв'язку.

17.10. Страховик на письмову вимогу Страхувальника створює паперову копію Договору страхування, підписує, скріплює печаткою та надає Страхувальнику у вказаний ним спосіб протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

17.11. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття Клієнта на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття на страхування є не направлення Страховиком або його партнером одноразового ідентифікатора необхідного для підписання Заяви.

17.12. Під час виконання зобов'язань за Договором Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика [info@oberig-sg.com](mailto:info@oberig-sg.com) (далі – електронна адреса Страховика).

17.13. Страховик надає Клієнту для ознайомлення документи та інформацію, зазначену у ст.86 та ст.87 ЗУ «Про страхування», шляхом розміщення їх на власному сайті у відкритому доступі за посиланнями відповідно: [oberig-sg.com/products](http://oberig-sg.com/products) та [oberig-sg.com/oficialnaya-informaciya](http://oberig-sg.com/oficialnaya-informaciya), а також шляхом надання для ознайомлення повного тексту проекту Договору (Оферти) до його укладення.

17.14. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних", Страхувальник (в тому числі всі інші контрагенти цього Договору: застраховані особи, потерпілі особи, вигоданабувачі тощо) надає згоду Страховику, згідно з вимогами Закону України «Про захист персональних даних», на обробку та використання персональних даних, з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних Страховика.

17.15. У випадку розходження цих Умов з Загальними умовами продукту, пріоритет має текст цих Умов та Сторони керуються положеннями цих Умов.

17.16. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений і згоден з Офертою, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт та Загальними умовами продукту, в тому числі викладеними на сайті [www.oberig-sg.com](http://www.oberig-sg.com) у відповідних розділах, а також підтверджує, що згоду Застрахованих осіб на страхування отримано. Страхувальник також підтверджує та визнає, що: до укладення Договору, на виконання вимог ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі

всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені п.2. статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет [www.oberig-sg.com](http://www.oberig-sg.com), а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору та Загальних умов продукту йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; Акцепт Офертине нав'язаний йому іншою особою; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Підписанням Договору Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страховиком Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором та надає згоду Страховику на використання інформації (в тому числі записів телефонних розмов), іншої інформації та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору, у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі, при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за цим Договором. Страховик гарантує використання інформації та документів, отриманих від Страхувальника (в тому числі запису телефонних розмов) виключно з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором та діючим законодавством з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України "Про інформацію" та іншими актами законодавства, що регулюють відносини в сфері інформації.

17.17. Страхувальник надає згоду та не заперечує проти проведення Страховиком ідентифікації та вивчення фінансової діяльності відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» №361-IX від 06.12.2019р. та «Положення про здійснення установами фінансового моніторингу» затвердженого Постановою Правління Національного банку України № 107 від 28.07.2020р.

17.18. За погодженням Страховика, Страхувальник може надавати Страховику документи, необхідні для виконання Договору (в т.ч. для здійснення страхових виплат) в електронному вигляді, у вигляді сканованих копій документів або фотокопій (в т.ч. із засвідченням своїм особистим підписом) - на електронну адресу, повідомлену Страховиком Страхувальнику для кожного окремого випадку (в т.ч. зі своїм особистим підписом), в цьому випадку Страхувальник підтверджує і визнає, що документи в електронному вигляді з його особистим підписом мають повну юридичну силу та можуть використовуватися і розглядатися Страховиком аналогічно оригіналам документів. За першою усною чи письмовою вимогою Страховика, Страхувальник зобов'язаний пред'явити Страховику оригінали (нотаріальні копії) таких документів протягом 10 (десяти) робочих днів. У випадку їх ненадання, Страховик має право стягнути зі Страхувальника суму виплаченого страхового відшкодування, із залученням до справи документів, наданих в електронному вигляді (скан-копії, фотокопії, тощо).

17.19. Сертифікат є документом, що містить окрему інформацію щодо умов страхування, проте не встановлює прав, обов'язків Страховика і Страхувальника та не врегулює питання щодо умов та порядку здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування.

## **18. ЗАХИСТ ПРАВ СПОЖИВАЧІВ**

18.1. Страховик здійснює розгляд письмових звернень споживачів згідно законодавства України. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків небанківських фінансових послуг.

18.2. Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також реквізити органів до яких споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг:

- **Національний банк України.** Місцезнаходження: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9. Телефон довідкової телефонної служби: 0 800 505 240, Web-сайт: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).
- **Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів.** Місцезнаходження: 03150, м. Київ, вул. Горького, 174. Телефон: (044) 528- 84-74. E-mail: [dsiu@dsiu.gov.ua](mailto:dsiu@dsiu.gov.ua). Web-сайт: [www.dsiu.gov.ua](http://www.dsiu.gov.ua).
- **Інспекція з питань захисту прав споживачів у м. Києві.** Місцезнаходження: 04070, м. Київ, вул. Терьохіна, 8-А. Тел./факс: (044) 482-40-00, 463-79-73; E-mail: [mkyiv\\_zah@ukr.net](mailto:mkyiv_zah@ukr.net).