

ЗАТВЕРДЖЕНО:
Голова Правління АТ «СК «ТАС» (приватне)

24 квітня 2020р.

А.Л. Власенко

УМОВИ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ «ДОКТОР ТАС Сімейний» (надалі – Умови)

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Дані визначення застосовуються до всіх розділів цих Умов. У цих Умовах терміни та слова живляються у наступному значенні:

Експериментальні методи лікування - лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань.

Захворювання - будь-які зміни в стані здоров'я людини, не пов'язані з нещасними випадками, діагноз і підтвердження яких виконані лікарем, офіційно зареєстрованим в даному виді діяльності. Захворювання включатиме в себе всі пошкодження або наслідки, що виникли на тлі одного діагнозу, а також всі види нездужань, пов'язаних з однією причиною або групою взаємопов'язаних причин. Якщо захворювання виникло внаслідок тієї ж причини, яка викликала попереднє захворювання, або внаслідок спорідненої причини, дане захворювання буде вважатися продовженням попереднього захворювання, а не окремим захворюванням.

Імплантат - будь-який штучний або природний орган або частина природного органу або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого в тіло Застрахованої особи за допомогою операції, яку охоплює Договір Страхування, за винятком: вставного зубу, зубного імплантату.

Країни призначення – країни, де Застрахована особа, відповідно до Договору Страхування, має право на отримання медичної допомоги.

Лікар – спеціаліст (експерт) у певній галузі медицини, який на законних підставах уповноважений здійснювати медичну практику у Країні призначення.

Лікарня – це лікувальний заклад або клініка, на законних підставах уповноважена на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащена медичним обладнанням, необхідним для діагностики та оперативних втручань та укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

Неінвазивний рак або рак «in situ» - злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини.

Неповнолітня особа – це Застрахована особа, яка не досягла 18 (вісімнадцяти) років.

Операція – інвазивна хірургічна процедура - проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. В тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного промепу, для діагностики і лікування, а

також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

Репатріація - у випадку, якщо Застрахована особа помирає протягом курсу лікування у Країні призначення і впродовж до 10 днів після завершення лікування, і вона все ще знаходиться в Країні призначення, Представником Страховика – компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування здійснює повернення тіла Застрахованої особи до країни проживання.

Реабілітаційна програма - програма лікування у фахівця з реабілітації, яка дозволить Застрахованій особі максимально відновити якість життя після подій, які є страховим випадком згідно з п.4.2.5 цих Умов.

Супроводжуюча особа – особа, яка супроводжує Застраховану особу до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованої особи в Країні призначення. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг.

Сімейний страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування, яка застосовується для Договорів добровільного страхування життя, за якими Застрахованими особами є члени однієї родини, а саме: 2 (двоє) або 1 (одна) повнолітня особа та необмежена кількість неповнолітніх осіб (дітей) віком до 18 років. Розмір сімейного страхового тарифу залежатиме від кількості повнолітніх осіб за Договором добровільного страхування життя. Для застосування сімейного страхового тарифу обов'язково за Договором страхування повинна бути наявна хоча б одна неповнолітня Застрахована особа.

Франшиза - сума, що сплачується лікувальному закладу безпосередньо Застрахованою особою, як оплата частини вартості лікування.

Хірург – фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у Країні призначення в якості "фахівця з хірургії".

Центр реабілітації - медичний заклад, офіційно визнаний в Країні призначення реабілітаційною клінікою.

2. СТРАХУВАЛЬНИК. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

2.1. Страхувальником за Договором добровільного страхування життя за програмою «Доктор «ТАС» (надалі – Договір страхування) може бути фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років або юридична особа, що зазначена у Полісі страхування життя.

2.2. Застрахована особа - фізична особа-резидент, зазначена у Полісі страхування життя, майнові інтереси якої, що пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування. Страхувальник може укладати Договір страхування як про страхування власного життя, так і про страхування життя третьої особи (Застрахованої особи) за її згодою.

Обраний пакет страхування, строк дії Договору страхування, страховий внесок, страхова сума та страховий тариф зазначаються в Полісі страхування життя для кожної Застрахованої особи.

Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву на укладення Договору страхування за формою, встановленою Страховиком і таким чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заява на укладення Договору страхування разом з медичною анкетою Застрахованої особи, ці Умови та Правила страхування добровільного страхування життя, у редакції чинній на момент укладення Договору страхування (надалі – Правила страхування), є невід'ємною частиною Договору страхування.

Якщо в цих Умовах зазначені інші умови страхування, ніж ті, що встановлені в Правилах страхування, то такі умови страхування, мають пріоритет над умовами Правил страхування.

За результатами відповідної оцінки страхового ризику Страховик має право зробити

коригування розміру страхової суми та/або страхового внеску, або укласти Договір страхування із обмеженим страховим покриттям.

На страхування не приймаються особи, які займаються спортом професійно, які є інвалідами I, II, III групи, онкологічними хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (вроджені вади серця, стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування, інсульт тощо), хворими на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховику про обставини, зазначені у цьому пункті, або повідомив про Застраховану особу завідомо неправдиві відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті та припинити дію Договору страхування стосовно таких осіб, або вимагати визнання Договору страхування недійсним щодо таких осіб.

2.3. Застрахованими особами за всіма страховими випадками, у відповідності до обраного пакету страхування, є:

2.3.1. 1 (одна) або 2 (двоє) фізичних осіб-резидентів, що зазначені у Полісі страхування життя, вік яких становить від 18-ти (вісімнадцяти) до 49-ти (сорока девяти) років на момент укладення Договору страхування. Застраховані особи між собою мають перебувати в цивільному або зареєстрованому шлюбі. Один із 2 (двох) Застрахованих осіб обов'язково повинен виступати Страхувальником за таким Договором страхування.

2.3.2. До 20-ти фізичних осіб-резидентів, що зазначені у Полісі страхування життя, вік яких становить від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років на момент укладення Договору страхування, та які по відношенню до Застрахованих осіб, визначених в п.2.3.1 цих Умов, є членами однієї родини - дітьми, в тому числі усиновленими та/або над якими встановлена опіка. Дія страхового покриття припиняється по відношенню до конкретної Застрахованої особи при досягненні 18-ти років.

3. ВИГОДОНАБУВАЧ

3.1. Вигодонабувачем за Договором страхування є Застрахована особа, з якою стався страховий випадок, а у разі смерті страхову виплату отримують спадкоємці такої Застрахованої особи.

4. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

Страховими випадками за цією програмою страхування є:

4.1. Втрата життя Застрахованої особи, яка настала під час дії Договору страхування (**надалі – Втрата життя**);

4.2. Вперше виявлені у Застрахованої особи, в період дії Договору страхування, захворювання та/або стани, які називаються критичними (**надалі – Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування**).

Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування, відповідно до наведеного нижче переліку:

4.2.1. Рак (злоякісне новоутворення) - це будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень.

Виключеннями зі страхового покриття є:

1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки

матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;

2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;

3. Захворювання шкіри наступних типів:

a. Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;

b. Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;

4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);

5. Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;

6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.)

Протягом дії Договору страхування страховим випадком визнається злоякісне новоутворення, відповідно до визначення у п.4.2.1 цих Умов, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі після закінчення періоду очікування, визначеного цими Умовами.

4.2.1.1. Для лікування злоякісного новоутворення протягом дії Договору страхування - лімфоми або лейкемії, на яке Застрахована особа у віці від 0 (нуля) до 18 (вісімнадцяти) років захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі після закінчення періоду очікування, визначеного цими Умовами, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, в рамках страхового покриття за страховим випадком, визначеним у п.4.2.1 цих Умов, може бути застосовано трансплантацію кісткового мозку за умови дотримання вимог, передбачених п. 4.2.4.2 цих Умов, та з урахуванням лімітів, передбачених у п.7.2.5 цих Умов.

4.2.2. Критичний стан Застрахованої особи, що потребує хірургічної операції, яка здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога (надалі - **Кардіохірургія**), а саме:

4.2.2.1. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає **відновлення кровотоку в артеріях серця**, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою **обхідних трансплантатів (шунтів)**;

4.2.2.2. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає **заміни або лікування одного або декількох серцевих клапанів**.

В тому числі, страховим випадком буде вважатися критичний стан Застрахованої особи, що вимагає **хірургічної операції з пластики судин серця, стентування, або хірургічного лікування порушень серцевого ритму**.

Діагноз повинен бути встановлений під час строку дії Договору страхування і підтверджений методом радіологічної діагностики.

4.2.3. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає будь-якого хірургічного втручання на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, в тому числі хірургічного втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку, відповідно до рекомендації нейрохірурга (надалі - **Нейрохірургія**). Діагноз повинен бути встановлений під час строку дії Договору страхування і підтверджений методом радіологічної діагностики.

Під хірургічним втручанням мається на увазі інвазивна операція, що проводиться в стаціонарі (включаючи стаціонар денного перебування), яка проникає в тканини з метою лікування захворювання та/або рани та/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. Діагноз повинен бути встановлений протягом строку дії Договору страхування та повинен бути підтверджений результатами медичної візуальної діагностики, а також лікарем, погодженим зі Страховиком.

Протягом дії Договору страхування страховим випадком визнається обґрунтована з медичної

точки зору необхідність проведення операції кардіохірургії або нейрохірургії, відповідно до визначення у п.4.2.2 та 4.2.3 цих Умов, через хворобу, на яку захворіла Застрахована особа та/або яка була вперше діагностована, або про яку вперше стало відомо Застрахованій особі після закінчення періоду очікування, визначеного цими Умовами.

Ургентні стани Застрахованої особи, описані у п.4.2.2 та 4.2.3 цих Умов, що потребують проведення екстреного (невідкладного) лікування, не визнаються страховим випадком згідно з цими Умовами.

4.2.4. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає трансплантації життєво важливих органів в її організм, включаючи пересадку кісткового мозку та штучного серця (надалі - Трансплантація життєво важливих органів). Трансплантація не включає в себе стоматологічну імплантацію.

4.2.4.1. Протягом дії Договору страхування страховим випадком вважається критичний стан Застрахованої особи, що вимагає трансплантації, та який, за думкою сертифікованого медичного фахівця, що погоджений зі Страховиком, виник в результаті захворювання на яке Застрахована особа почала страждати, або воно було діагностовано, або про нього стало відомо Застрахованій особі вперше після закінчення періоду очікування, визначеного цими Умовами.

4.2.4.2. Страховий випадок буде вважатися таким, якщо буде додатково дотримано сукупність наступних умов, перерахованих нижче:

1. Два лікаря-фахівця у відповідній галузі медицини підтвердять необхідність трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;
2. Трансплантація буде виконуватися у визнаній лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проводитися трансплантація;
3. Трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікуванням з метою дослідження або розслідування, та/або не включає лікування стовбуровими клітинами.
4. Трансплантація буде проводитися відповідно до прийнятих етичних норм тієї країни, де буде виконуватися трансплантація.
5. Наявність органу, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі, та визначена лікарня, яка взяла на себе виконання трансплантації в межах зобов'язань, зазначених у Договорі страхування. Страховик не несе зобов'язань за пошук донора або необхідного для пересадки органу та не гарантує їх наявність.

Хірургічне втручання по трансплантації здійснюється за наявності прижиттєвого сумісного донора або підходящого органу, отриманого через організацію, що має дозвіл на ведення реєстру донорів/донорських органів та реципієнтів.

4.2.5. Критичний стан здоров'я Застрахованої особи, що виник в результаті захворювання (стану) або подій (травми), що перераховані нижче, та який вимагає проведення реабілітаційної програми тривалістю не більше 90 днів (надалі – Реабілітація).

4.2.5.1. Захворювання і травми головного мозку:

1. Геморагічний або ішемічний інсульт;
2. Резекція внутрішньочерепної пухлини;
3. Енцефаліт, менінгіт;
4. Аноксичне ураження головного мозку;

4.2.5.2. Захворювання і травми спинного мозку та хребта:

1. Пошкодження спинного мозку в результаті травми, пухлини, інфекції або захворювання судин;
2. Захворювання і травми хребта;

4.2.5.3. Потреба в ортопедичному лікуванні, що виникла в результаті:

1. Ампутація кінцівки;
2. Операція у зв'язку з пухлиною кістки;
3. Операція у зв'язку зі складним переломом.

Протягом дії Договору страхування страховим випадком вважається стан здоров'я, яким почала страждати Застрахована особа, або яке було діагностовано, або про нього стало відомо їй вперше після закінчення періоду очікування, визначеного цими Умовами. Цей стан, згідно з висновком сертифікованого медичного фахівця, підтвердженого Страховиком, вимагає проходження Застрахованою особою реабілітаційної програми, передбаченої цими Умовами. У медичному висновку повинно бути зазначено, що Застрахована особа, за станом здоров'я, потребує проходження реабілітаційної програми (передбаченої цими Умовами) та її проходження здатне привести до позитивних результатів.

5. ПАКЕТИ СТРАХУВАННЯ. РОЗМІР СТРАХОВОЇ СУМИ, СТРАХОВОГО ВНЕСКУ, СТРАХОВОГО ТАРИФУ.

5.1. Розмір страхової суми, страхового внеску, страхового тарифу та обсяг страхового покриття буде залежати від обраного пакету страхування. Інформація про обраний Страхувальником пакет страхування зазначається у Заяві на укладення Договору страхування та вноситься до Полісу страхування.

Наявність позначки "Ні" означає, що таке покриття за таким пакетом страхування не надається.

5.2. ПАКЕТИ СТРАХУВАННЯ

Страхове покриття/Пакет страхування	5.2.1. Пакет страхування «Україна»	5.2.2. Пакет страхування «Україна плюс»	5.2.3. Пакет страхування «VIP - Увесь світ»
Страхова сума за страховим випадком «Втрата життя», євро	1,00	1,00	1,00
Страхова сума за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	300 000,00	500 000,00	1 000 000,00
Рак (злоякісне новоутворення), згідно з п.4.2.1. Умов	Так	Так	Так
Кардіохірургія, згідно з п.4.2.2. Умов	Ні	Так	Так
Нейрохірургія, згідно з п.4.2.3 Умов.	Ні	Ні	Так

Трансплантація життєво важливих органів, згідно з п.4.2.4. Умов	Ні	Ні	Так
Реабілітація, згідно з п.4.2.5. Умов	Ні	Ні	Так
Розмір страхової виплати за кожен день перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні захворювань та/або станів, визначених п.4.2. цих Умов, євро	100	100	100

СІМЕЙНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ №1

Для 1 (однієї) Застрахованої особи віком від 18- ти (вісімнадцяти) до 49 -ти (сорока девяти) років та до 20-ти Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років

Пакети страхування	«Україна»	«Україна плюс»	«VIP - Увесь світ»
Річний страховий тариф	0,000434	0,000500	0,000500
Річний страховий внесок, євро	130	250	500
Річний страховий тариф	0,000467	0,000540	0,000540
Піврічний страховий внесок, євро	70	135	270
Річний страховий тариф	0,000533	0,000560	0,000560
Щоквартальний страховий внесок, євро	40	70	140
Річний страховий тариф	0,000600	0,000600	0,000540
Щомісячний страховий внесок, євро	15	25	45

СІМЕЙНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ №2

Для 2 (двох) Застрахованих осіб віком від 18- ти (вісімнадцяти) до 49 -ти (сорока девяти) років та 20 –ти Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років

Річний страховий тариф	0,000765	0,000900	0,000950
Річний страховий внесок, євро	230	450	950
Річний страховий тариф	0,000799	0,000920	0,000959
Піврічний страховий внесок, євро	120	230	480
Річний страховий тариф	0,000799	0,000960	0,000961
Щоквартальний страховий внесок, євро	60	120	240

Річний страховий тариф	0,000799	0,000960	0,000961
Щомісячний страховий внесок, євро	20	40	80

5.3. Страхова сума є зменшуваною (агрегатною) страховою сумою, що розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору страхування та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом одного страхового року. Розмір страхової суми поновлюється на початок кожного страхового року за умови сплати Страхувальником чергового страхового внеску. Якщо страхова сума буде використана повністю протягом одного страхового року, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором страхування припиняється до закінчення поточного страхового року, та відновлюється на початок наступного страхового року за умови сплати Страхувальником чергового страхового внеску.

5.4. Страхова сума, що визначена за кожним із пакетів страхування, встановлюється для кожної із Застрахованих осіб.

5.5. У зв'язку зі змінами обставин, якими сторони керувалися при укладенні Договору страхування та/або внесенні змін в Договір страхування, Страховик за погодженням зі Страхувальником має право вносити зміни до встановлених Договором страхування окремих лімітів страхових сум та/або страхових тарифів та здійснювати відповідне зменшення або збільшення страхових внесків у розмірі, що не перевищує 50% від їх попереднього розміру. Такі зміни можуть бути здійснені не раніше дати закінчення першого року дії Договору страхування і не частіше ніж один раз на рік. У разі якщо Страхувальник не погодився та не надав Страховикові згоду на проведення вищезазначених змін до дати, вказаної в листі Страховика, такий Договір страхування припиняє свою дію з дати, зазначеної в цьому листі.

5.6. Валюта страхування – євро.

5.7. Якщо розмір страхових сум та/або розмір страхових виплат визначений в іноземній валюті, то виплата за такими Договорами страхування для особи–резидента України розраховується за офіційним курсом Національного банку України на дату здійснення такої виплати.

Якщо розмір страхових внесків визначений в іноземній валюті, то сума страхового внеску, що підлягає сплаті, для особи–резидента України розраховується за офіційним курсом Національного банку України на дату сплати страхового внеску.

5.8. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий внесок у строк, передбачений Договором страхування, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими цими Умовами, 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 чергового страхового внеску протягом періоду, зазначеного в цьому пункті. У разі не сплати чергового страхового внеску у вищезазначений період - Договір страхування припиняє свою дію та Страховик звільняється від зобов'язань по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, що настали після дати, в яку повинен бути сплачений черговий страховий внесок за Договором страхування.

6. СТРОК І МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ ВСТУПУ В ДІЮ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ.

6.1. Строк дії Договору страхування визначається у Заяві на укладення Договору страхування та вказується у Полісі страхування життя. Максимальний можливий строк дії Договору страхування - 20 років, за умови, якщо вік найстаршої Застрахованої особи не перевищує 50-ти років, а наймолодшої Застрахованої особи не перевищує 18-ти років на момент закінчення дії Договору.

6.1.1. Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати

страхового внеску на рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, обумовлений Договором страхування, але не раніше дати зазначеної в Договорі страхування, та діє до 24 годин 00 хвилин дня, вказаного в Договорі страхування як дата закінчення його дії.

6.2. Страхове покриття для визначених цими Умовами критичних захворювань (станів), а саме: «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Реабілітація» вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування, «Трансплантація життєво важливих органів» починає діяти після закінчення періоду очікування - 180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування. Виключно за Договорами страхування, укладеними за пакетом страхування «Економ», страхове покриття за критичним захворюванням (станом) «Рак (злоякісне новоутворення)» вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування. Захворювання та/або критичний стан, що визначені в п. 4.2. цих Умов, які діагностовані у Застрахованої особи протягом періоду очікування, не вважаються Страховиком страховими випадками і страхова виплата не здійснюється.

6.3. Територія дії Договору страхування: Україна.

6.4. В залежності від пакету страхування, територією надання Застрахованій особі послуг з діагностики та лікування захворювань та/або станів, визначених в п. 4.2 цих Умов, є:

6.4.1. За пакетами страхування «Україна» та «Економ» територією надання послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених цими Умовами, є Україна. У разі, якщо лікування в Україні є неможливим, а саме: дотримано як мінімум дві з нижчеперелічених умов, тоді територією надання послуг є увесь світ, за погодженням Страховика, за винятком території США, Канади та Швейцарії.

6.4.1.1. Умови за яких лікування проводиться за межами України:

1. Лікування не може бути проведено в Україні та має бути проведено негайно за кордоном, оскільки пацієнт знаходиться під загрозою смерті;
2. Лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;
3. Досвід та ноу-хау за даним захворюванням за кордоном набагато більше ніж в Україні;
4. Якщо лікування не буде проведено, то у пацієнта виникне постійна втрата працездатності та буде встановлена інвалідність I або II групи;

6.4.1.2. Лікування проводиться виключно за межами України у випадку проведення трансплантації кісткового мозку для неповнолітніх Застрахованих осіб при лікуванні злоякісних новоутворень.

6.4.2. За пакетом страхування «Україна плюс» - територією надання послуг з діагностики є увесь світ, за погодженням Страховика, за винятком території США, Канади та Швейцарії.

Територією надання послуг з лікування є:

1. Україна, у випадку лікування злоякісних новоутворень;
2. Увесь світ, за погодженням Страховика, за винятком території США, Канади та Швейцарії, у наступних випадках:
 - 2.1.** Якщо лікування злоякісних новоутворень в Україні є неможливим, а саме дотримано як мінімум дві умови, що перераховані у п. 6.4.1.1. цих Умов або якщо для лікування злоякісних новоутворень у неповнолітніх Застрахованих осіб необхідна трансплантація кісткового мозку;
 - 2.2.** Якщо Застрахована особа, за власною ініціативою, бажає продовжити лікування раку (злоякісного новоутворення) за межами України, в медичному закладі, куди вона була направлена на діагностику в рамках цього пакету страхування, вона зможе це зробити, за умови оплати безпосередньо лікувальному закладу частини вартості лікування (франшизи) у розмірі 5 000 (п'ять тисяч) євро.

3. Для проведення кардіохірургічних операцій, передбачених п.4.2.2 цих Умов.

6.4.3. За пакетом страхування «VIP - Увесь світ» територією надання послуг з діагностики та лікування: увесь світ, за погодженням Страховика, за винятком території США, Канади та Швейцарії.

7. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ У СТРАХУВАННІ. ВИТРАТИ, ЩО ПОКРИВАЮТЬСЯ ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ.

7.1. У разі визнання події, про яку було повідомлено до Контакт-центру Страховика, страховим випадком, відбувається організація медичних та інших послуг, передбачених Застрахованій особі обраним пакетом страхування.

7.2. Відповідно до умов Програми страхування покриваються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями/станами, детально викладеними в розділі 4 цих Умов, та передбачені пакетом страхування, що обрав Страхувальник:

7.2.1. При проведенні діагностики та/або лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами пакету страхування - квиток економ-класу для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, від місця проживання до місця проведення діагностики та/або лікування та назад, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, де буде проведено діагностику та/або лікування. При цьому, не покриваються вищезазначені витрати для Супроводжуючої особи для повнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація». Для неповнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація» передбачено покриття вищезазначених витрат для 1 (однієї) Супроводжуючої особи.

У випадку діагностики та/або лікування на території України, витрати, передбачені п.7.2.1. цих Умов, не покриваються за Договорами страхування, укладеними за пакетом страхування «Економ», але у разі проведення діагностики та/або лікування за межами України, такі витрати покриватимуться.

7.2.2. При проведенні діагностики та/або лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами пакету страхування - проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує в місці проведення діагностики та/або лікуванні. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Термін проживання Застрахованої особи та Супроводжуючої (-их) особи (-іб) обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів, при кожному проведенні діагностики та/або лікування. Дане обмеження не стосується страхового покриття «Трансплантація життєво важливих органів» та/або «Реабілітація». При цьому, не покриваються вищезазначені витрати для Супроводжуючої особи для повнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація». Для неповнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація» передбачено покриття вищезазначених витрат для 1 (однієї) Супроводжуючої особи, вартість послуг з проживання, при цьому, не повинна перевищувати 3 000 (три тисячі) євро та проживання не повинно бути тривалішим за 15 днів.

У випадку діагностики та/або лікування на території України, витрати, передбачені п.7.2.2. цих Умов, не покриваються за Договорами страхування, укладеними за пакетом страхування «Економ», але у разі проведення діагностики та/або лікування за межами України, такі витрати покриватимуться.

7.2.3. Витрати на лікування, що проводиться Застрахованій особі з приводу захворювання, яке визнано страховим випадком, а саме:

7.2.3.1. медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах. Термін перебування в стаціонарних умовах обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів, при кожному проведенні діагностики та/або лікування. Дане обмеження не стосується страхового покриття по «Трансплантації життєво важливих органів» та/або «Реабілітації»;

7.2.3.2. огляд лікарів, в т. ч. лікарів-фахівців;

7.2.3.3. діагностичні медичні втручання, що виконуються медичними організаціями, в т. ч. лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика;

7.2.3.4. лікувальні медичні втручання в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за погодженням зі Страховиком;

7.2.3.5. імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантатів на суму не більше еквіваленту 15 000 (п'ятнадцять тисяч) євро на рік на один страховий випадок;

7.2.3.6. лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні.

7.2.4. Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури, під час та після проведення лікування здійснюються в межах загального ліміту страхової суми, передбаченого за обраним пакетом страхування. При цьому, за даною Програмою страхування передбачено придбання ліків, затверджених FDA (U.S. Food and Drug Administration) и EMA (European Medicines Agency). Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцяти) робочих днів.

7.2.5. За умови, якщо **трансплантація**, в тому числі трансплантація кісткового мозку, яка буде необхідна несповнолітній Застрахованій особі для лікування злоякісних новоутворень, буде виконуватися в узгодженій зі Страховиком лікарні, покриваються наступні витрати, обмежені лімітами страхових сум у Договорі страхування та описані нижче:

7.2.5.1. Витрати на медичне обстеження (діагностику) та лікування, передбачені програмою страхування, які були надані Застрахованій особі під час госпіталізації в лікарні, протягом якої була проведена трансплантація, або на медичне лікування, в межах страхової суми за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування»;

7.2.5.2. Оплата праці лікаря-хірурга та витрат на операцію, що понесені під час виконання трансплантації або медичного лікування, в межах страхової суми за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування»;

7.2.5.3. Оплата госпіталізації Застрахованої особи в лікарні до 30 (тридцяти) днів перед виконанням трансплантації або за медичне лікування, в межах страхової суми за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», та до 335 (трихсот тридцяти п'яти) днів після виконання трансплантації, в тому числі, за медичні обстеження, лабораторні аналізи та/або тести, лікарські засоби під час та після госпіталізації;

7.2.5.4. Страховик покриває витрати за супутні послуги, пов'язані з трансплантацією Застрахованій особі, в межах ліміту - 55 000 (п'ятдесят п'ять тисяч) євро, які полягають у наступному:

7.2.5.4.1. Пошук донорського органу, підходящого Застрахованій особі для трансплантації, його збереження та транспортування до місця трансплантації в межах ліміту – 25 000 (двадцять п'ять тисяч) євро, або покриття витрат, пов'язаних з прижиттєвим донором, в межах цієї суми:

- 1) лікарняні послуги, що надаються донору, в т. ч. розміщення в лікарняній кімнаті, палаті або відділенні лікарні, харчування;
- 2) послуги загального медичного догляду, послуги, що регулярно надаються персоналом лікарні;
- 3) лабораторні аналізи, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі видалення призначеного для трансплантації органу або тканини);
- 4) хірургічне втручання та медичні послуги з видалення органу або тканини донора, призначені для трансплантації Застрахованій особі;
- 5) витрати на проїзд прижиттєвого донора за кордон до місця проведення трансплантації та повернення назад обмежені вартістю квитка економ класу в обидва кінці з єдиною метою - пересадка органів/тканин для Застрахованої особи;
- 6) витрати на транспортування прижиттєвого донора від передбаченого готелю до стаціонару або лікуючого лікаря, і назад;
- 7) витрати на проживання прижиттєвого донора під час перебування за кордоном в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера, з єдиною метою - пересадка органів/тканин для Застрахованої особи. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря.

7.2.5.4.2. Витрати на транспортування до місця проведення трансплантації та повернення назад обмежені вартістю квитка економ класу в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи, або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, у межах ліміту – 5 000 (п'ять тисяч) євро;

7.2.5.4.3. Витрати на транспортування спеціальним медичним транспортом та витрати на сухопутний переїзд, якщо Застрахована особа не в змозі, на думку лікаря, через медичні причини, летіти звичайним комерційним рейсом, у межах ліміту - 25 000 (двадцять п'ять тисяч) євро;

7.2.5.5. Витрати на проживання, необхідні з єдиною метою - пересадка органів/тканин для Застрахованої особи, покриваються для Застрахованої особи та для 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в межах ліміту - 55 000 (п'ятдесят п'ять тисяч) євро. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря;

7.2.5.6. Витрати на доставку лікаря-фахівця в країну проживання Застрахованої особи, для виконання трансплантації, в залежності від конкретного випадку, для одного страхового випадку, і тільки за умови, що загальна вартість не перевищить еквівалент 120 000 (сто двадцять тисяч) євро;

7.2.5.7. Зобов'язання Страховика включає в себе виконання однієї трансплантації протягом кожного страхового року. В разі потреби у повторній трансплантації - вона буде вважатися окремим страховим випадком. Зобов'язання Страховика включає до 5 (п'яти) трансплантацій протягом всього строку дії Договору страхування.

7.2.6. При настанні страхового випадку, визначеного у п.4.2.5 цих Умов, Страховиком покриваються витрати, що виникли в зв'язку із захворюваннями та/або станами, які потребують проходження Застрахованою особою реабілітаційної програми, вартість якої не повинна перевищувати ліміт страхової суми на один страховий рік – 35 000 (тридцять п'ять тисяч) євро за умови, що:

7.2.6.1. При настанні страхового випадку Застрахованій особі буде призначена реабілітаційна програма в центрі реабілітації, за погодженням із Страховиком;

7.2.6.2. Тривалість курсу реабілітації не повинна перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів;

7.2.6.3. Реабілітаційна програма повинна координуватися виключно Страховиком або за його попередньої згоди. Покриваються витрати на реабілітацію Застрахованої особи понесені за наступні послуги:

- 1) проживання в реабілітаційному закладі, включаючи харчування, догляд за пацієнтом, медичні огляди, допомога в реабілітації та фізіотерапія, трудотерапія, відновлення мовлення та інші послуги з реабілітації, надані реабілітаційним закладом на розсуд реабілітолога;
- 2) додаткові медичні перевірки, призначені на розсуд реабілітолога, включаючи перевірки з використанням методів візуалізації, ЕКГ і ЕЕГ;
- 3) лікарські засоби в період реабілітації, які призначаються виключно з метою реабілітації або для запобігання впливу фонових захворювань на результати реабілітаційних заходів, як наприклад наркотики або лікування антикоагулянтами при гіпертонії;
- 4) підсумковий звіт за результатами реабілітаційної програми і, при необхідності, також подальше спостереження.

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

7.3. За пакетом страхування «Економ» проведення Застрахованій особі лікування критичного захворювання (стану) «Рак (злоякісне новоутворення)», як на території України так і поза її межами, відбувається за умови оплати нею, безпосередньо лікувальному закладу, частини вартості лікування (франшизи) у розмірі 1 000 (одна тисяча) євро.

8. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

8.1. Згідно умов програми страхування страхова виплата не здійснюється у разі:

8.1.1. Якщо виявлено захворювання та/або медичний стан, який не зазначений в п.4.2 цих Умов, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, не визначені в розділі 7 цих Умов;

8.1.2. Якщо подія, що має ознаки страхового випадку, та необхідність надання Застрахованій особі послуг, перерахованих у розділі 7 цих Умов, виникла у період очікування, після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених цими Умовами. При цьому, якщо подія, що має ознаки страхового випадку, виникла у період очікування, обов'язок Страховика здійснити страхову виплату та надати Застрахованій особі послуги, передбачені у розділі 7 цих Умов, не виникає і після закінчення періоду очікування;

8.1.3. Якщо подія, що має ознаки страхового випадку, та необхідність надання Застрахованій особі послуг, виникла внаслідок порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях;

8.1.4. Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені цими Умовами;

8.1.5. Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що перераховані у розділі 7 цих Умов, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;

8.1.5. Необхідності психохірургії;

8.1.6. Необхідності лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;

- 8.1.7.** Необхідності лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;
- 8.1.8.** Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами програми за обраним пакетом страхування;
- 8.1.9.** Необхідності трансплантації кісткового мозку будь-якого виду для осіб старших за 18 років. Дане виключення застосовується за пакетами страхування «Україна», «Україна плюс» та «Економ»;
- 8.1.10.** Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бариатричні 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;
- 8.1.11.** Необхідності лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом). Дане виключення застосовується за пакетами страхування «Україна плюс» та «VIP - Увесь світ»;
- 8.1.12.** Необхідності лікування родових травм та/або вроджених вад розвитку будь-якого виду. Дане виключення застосовується за пакетами страхування «Україна плюс» та «VIP - Увесь світ»;
- 8.1.14.** Необхідності трансплантації органів, в процесі якої Застрахована особа є донором для третьої особи;
- 8.1.15.** Необхідності аутологічної трансплантації органів (реципієнт трансплантата є донором для самого себе), за винятком трансплантації кісткового мозку. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «VIP - Увесь світ»;
- 8.1.16.** Необхідності трансплантації органів, що включає лікування стовбуровими клітинами, за винятком трансплантації кісткового мозку;
- 8.1.17.** Необхідності трансплантації органів, спричиненої алкогольним захворюванням печінки. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «VIP - Увесь світ».
- 8.2. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком, а, отже, Страховик не здійснює страхову виплату у розмірі понесених Застрахованою особою витрат, пов'язаних з наданням послуг для лікування критичних захворювань та/або станів при зверненні Застрахованої особи щодо організації та надання таких послуг:**
- 8.2.1.** При захворюваннях і станах, що передбачені цими Умовами, але щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором страхування, в тому числі, в разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених цими Умовами;
- 8.2.2.** Методи лікування, ліки, медичні процедури, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі, або які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювань та/або станів, передбачених цими Умовами;
- 8.2.3.** У зв'язку із захворюваннями та/або станами, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі у зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);
- 8.2.4.** У зв'язку з розладом здоров'я, в тому числі травматичним пошкодженням, яке настало в результаті занять спортом на професійному рівні та/або, яке виникло в результаті заняття Застрахованою особою наступними екстремальними видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя і здоров'я: автоспорт, мотоспорт, альпінізм, спелеологія, бокс та будь-які інші види бойових єдиноборств, екстремальні види велоспорту (включаючи маунтинбайк),

фридайвінг, скайсерфінг, дайвінг (глибина занурення більше 25 метрів), кайтінг, бейсджампінг, екстремальні водні види спорту (в тому числі, аквабайк, водні лижі), парашутний спорт, парашутеризм, дельтапланеризм, кінний спорт. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «VIP - Увесь світ»;

8.2.5. У зв'язку з розладом здоров'я Застрахованої особи, який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;

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

8.2.7. У зв'язку з розладом здоров'я, який настав під час або в результаті управління Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «VIP - Увесь світ»;

8.2.8. У зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті здійснення Застрахованою особою протиправних діянь, а також в результаті вчинення або підготовки терористичного акту. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «VIP - Увесь світ»;

8.2.9. У зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, спроби самогубства, в тому числі пов'язаного з психічними захворюваннями або розладами поведінки. Дане виключення застосовується за пакетами страхування «Україна плюс» та «VIP - Увесь світ»;

8.2.10. У зв'язку із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;

8.2.11. У зв'язку зі службою Застрахованої особи в різних збройних силах, в тому числі, але не обмежуючись: служби в армії, поліції, пожежній бригаді, пенітенціарних службах. Дане виключення застосовується за пакетами страхування «Україна плюс» та «VIP - Увесь світ»;

8.2.12. У зв'язку з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або, про які було відомо Застрахованій особі, до дати початку дії Договору страхування, та/або якщо лікування захворювання та/або стану, передбаченого цими Умовами, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення Договору страхування;

8.2.13. У зв'язку з отриманням Застрахованою особою медичних та/або інших послуг в медичних та/або інших організаціях, вибір яких попередньо не був узгоджений із Страховиком.

8.3. Додатково за пакетом страхування «VIP - Увесь світ», страхова виплата не здійснюється у разі:

8.3.1. Проживання Застрахованої особи поза межами центру реабілітації;

8.3.2. Реабілітації, необхідність в якій виникла в результаті вагітності, припинення вагітності, пологів, кесаревого розтину;

8.3.3. Реабілітації, необхідність в якій виникла в результаті неправильного застосування медикаментів;

8.3.4. Реабілітації, що проходить на дому у Застрахованої особи або в іншому місці поза центром реабілітації, що був погоджений із Страховиком.

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

9.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

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

9.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

9.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт та обставини настання страхового випадку;

9.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин страхового випадку і розміру страхової виплати.

9.2. Застрахована особа і її родичі повинні допускати лікарів - представників компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати на підставі п. 9.1.4. цих Умов.

9.3. Страховик також може відмовити повністю або частково у страховій виплаті у наступних випадках:

9.3.1. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика;

9.3.2. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) надав при укладенні Договору неправдиві відомості, що мали значення для оцінки ризику;

9.3.3. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні 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 страхування;

9.3.4. У інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

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

10.1. Страховик має право:

10.1.1. При укладенні Договору страхування чи внесенні змін до нього, а також при врегулюванні страхового випадку, вимагати результати медичного огляду Застрахованої особи та/або інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку та/або для підтвердження факту настання страхового випадку;

10.1.2. Встановлювати обмеження щодо дії страхового покриття за страховими ризиками, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо;

10.1.3. Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов Договору страхування, самостійно проводити перевірку обставин настання страхових випадків, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та інших підприємств,

установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку (при об'єктивній необхідності);

10.1.4. Запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

10.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

10.1.6. Достроково припинити дію Договору страхування, згідно з чинним законодавством України, у тому числі в односторонньому порядку, на підставі ст. 212 Цивільного кодексу України в результаті настання скасувальної обставини. Скасувальна обставина щодо припинення дії Договору страхування Страховиком в односторонньому порядку, пов'язана із припиненням договірних відносин Страховика із компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd. (державна Ізраїль). При цьому, Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника не менш ніж за 3 (три) календарних місяці до запланованої дати припинення дії Договору страхування.

10.1.7. Відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках передбачених цими Умовами;

10.1.8. Доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору страхування.

10.2. Страховик зобов'язаний:

10.2.1. Ознайомити Страхувальника/ Застраховану особу з умовами Договору страхування, цими Умовами та Правилами страхування;

10.2.2. Надати Страхувальнику дублікат Полісу страхування за його письмовим запитом;

10.2.3. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу, щодо стану здоров'я, майновий стан та умови Договору страхування за винятком випадків, передбачених чинним законодавством;

10.2.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк;

10.2.5. При відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови.

10.3. Застрахована особа (Страхувальник) має право:

10.3.1. Одержати страхову виплату при настанні страхового випадку у випадках передбачених цими Умовами;

10.3.2. Достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому цими Умовами;

10.3.3. Одержати дублікат Полісу страхування у випадку його втрати;

10.3.4. Страхувальник має право відмовитись від Договору страхування протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів від дати укладання Договору страхування. У випадку подання Страхувальником вимоги про відмову від Договору страхування до закінчення 14-денного терміну від дати укладання Договору страхування, а також у випадку не укладення Договору страхування, Страхувальнику, на реквізити, що вказані у його вимозі, повертаються страхові платежі, здійснені ним за таким Договором страхування, протягом 10 (десяти) робочих днів, з урахуванням положень зазначених нижче. Страхувальник зобов'язується відшкодувати Страховику вартість розрахунково-касового обслуговування, оплаченого Страховиком при її зарахуванні та за здійснення самої виплати. за рахунок суми, що повертається.

10.4. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

10.4.1. При укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, професію, посаду та/або функціональні

обов'язки, хобі, стан здоров'я та перенесені Застрахованою особою та/або Страхувальником захворювання, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.4.2. Сплачувати страховий внесок у розмірі та в строки, що визначені Договором страхування;

10.4.3. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг;

10.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів;

10.5. Застрахована особа несе відповідальність за достовірність наданих нею Страховику інформації та документів;

10.6. Страховик зобов'язаний при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені) за кожен день прострочення, виходячи з 3% річних

10.7. За письмовою заявою Страхувальник має право протягом дії Договору страхування за цією програмою страхування передати свої права та обов'язки за таким Договором страхування іншій особі за умови її письмової згоди, згоди Застрахованої особи та Страховика, що оформлюється тристоронньою Додатковою угодою до Договору страхування.

10.8. Страховик має право передати права та обов'язки за Договором страхування, що укладений за цією програмою страхування, іншому Страховику, який має відповідну ліцензію на право здійснення страхової діяльності у формі добровільного страхування життя, за умови згоди Страхувальника та Застрахованої особи, що оформлюється тристоронньою Додатковою угодою до Договору страхування.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ВИГОДОНАБУВАЧА) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

11.1. Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:

11.1.1. Протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника та/або Вигодонабувача спосіб. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.

11.1. 2. Надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика - Madanes Advanced Healthcare Services Ltd.

11.2. У термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи відповідно до п.11.4 цих Умов. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Страхувальника або особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати.

11.3. Страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася з Застрахованою особою, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються цією Програмою страхування. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються та прирівнюються до одного страхового випадку.

11.4. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) необхідно надати Страховику наступні документи:

11.4.1. Звернутися із заявою-повідомленням про страховий випадок та на здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком, яка знаходиться на офіційному сайті Страховика www.taslife.com.ua;

11.4.2. Копії документів, що посвідчують особу Вигодонабувача та/або отримувача виплати;

11.4.3. Копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків особи Вигодонабувача та/або отримувача виплати. У разі відсутності – копію паспорта із відповідною відміткою;

11.4.4. 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;

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

11.4.6. Для підтвердження настання критичного стану здоров'я Застрахованої особи, що виник в результаті захворювання (станів) або подій (травм), що перераховані в п.4.2.5 цих Умов, та який вимагає проведення реабілітаційної програми, в документах, що визначені в п.11.4.4 цих Умов, повинна бути зазначена більш детальна інформація щодо характеру, локалізації та давності виникнення таких травм та/або захворювань. Додатково надається висновок сертифікованого медичного фахівця, в якому повинно бути зазначено, що за станом здоров'я Застрахована особа потребує проходження реабілітаційної програми відповідно до визначень, що містяться в цих Умовах, і що проходження даної програми здатне привести до позитивних результатів.

11.5. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 5 (п'яти) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують настання страхового випадку, та документів, передбачених у п.11.4 цих Умов, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. Але, у випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик або представник Страховика – компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, мають право здійснити запит додаткових документів у Застрахованої особи. При цьому, рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик повинен прийняти протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованої особи.

11.6. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 11.5 цих Умов, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в письмовій формі обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.

11.7. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 11.5 цих Умов, прийняв рішення про здійснення страхової виплати, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика - компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd організовує та координує надання Застрахованій особі

послуг, передбачених цими Умовами, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

Протягом цього терміну компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої пакетом страхування у Договорі страхування.

Після отримання підтвердження від Застрахованої особи щодо обраної нею лікарні, компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи, в тому числі донора (для страхового покриття з трансплантації життєво важливих органів) в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

11.8. Будь-які витрати, понесені в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, не відшкодовуються Страховиком.

11.9. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою до початку діагностування/лікування у лікарняному закладі, за погодженням Страховика, не відшкодовуються Страховиком.

11.10. Страховик розраховує страхову виплату за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», згідно з п. 17.11.6 Правил страхування, у розмірі покриття фактично понесених витрат, визначених цими Умовами відповідно до обраного Страхувальником пакетом страхування, у межах страхової суми та лімітів з урахуванням обмежень та винятків, що викладені в цих Умовах, Заяві на укладення Договору страхування життя та Полісі страхування життя.

11.11. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування» не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені цими Умовами, покриваються шляхом перерахування коштів асистуючій компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі, або безпосередньо спеціалізованій установі за надані Застрахованій особі послуги, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати.

Щоденна виплата за кожен день перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні одного із захворювань та/або станів, перелічених у п.4.2 цих Умов, здійснюються безпосередньо Застрахованій особі у розмірі 100 (сто) євро за кожен день госпіталізації, але не більше ніж за 12 (дванадцять) днів перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні (госпіталізації). Під госпіталізацією розуміється цілодобове перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні в лікарні (клініці), погодженої Страховиком.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

12.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика.

12.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін. Не допускається внесення змін до Договору страхування при відсутності згоди на внесення таких змін однією із Сторін.

12.3. При досягненні Сторонами угоди щодо запропонованих змін умов страхування, укладається Додаткова угода до Договору страхування, при цьому, встановлюється розмір страхових внесків згідно з тарифами Страховика та з урахуванням нових умов. Зміни до

Договору страхування набирають чинність на річницю дії Договору страхування але не раніше ніж з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску з урахуванням нових умов на рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, обумовленій Договором страхування;

12.4. Дія Договору страхування припиняється, та він втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:

12.4.1. Закінчення терміну дії Договору страхування: з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за останнім днем закінчення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено цими Умовами;

12.4.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Вигодонабувачем) у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку;

12.4.3. При несплаті Страхувальником чергового страхового внеску у розмірі та у строки, передбачені Договором страхування або у порядку та у строки, визначені Розділом 19 Правил страхування;

12.4.4. Ліквідації Страховика;

12.4.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

12.4.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.

12.5. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення.

12.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування викупна сума за Договором страхування протягом та на кінець дії кожного періоду страхування, за який сплачено страховий внесок, дорівнює 0 (нулю).

12.7. На підставі ст. 212 Цивільного кодексу України Страховик може достроково припинити дію Договору страхування, укладеного за цією програмою страхування, в односторонньому порядку, в результаті настання скасувальної обставини. Обставина, щодо якої невідомо, настане вона чи ні, вважається скасувальною. Страховик та Страхувальник під час укладення Договору страхування, за цією програмою страхування, погоджуються, що скасувальна обставина щодо припинення Договору страхування в односторонньому порядку Страховиком, пов'язана із можливим припиненням договірних відносин із асистуючою компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (державна Ізраїль).

Договір страхування, укладений за цією програмою страхування, може бути припинено Страховиком в односторонньому порядку із обов'язковим повідомленням Страхувальника не менш ніж за 3 (три) календарних місяці до запланованої дати припинення. При цьому, запланована дата припинення дії Договору страхування не повинна бути раніше ніж дата закінчення оплаченого страхового року. У випадку наявності наперед сплачених страхових внесків за Договором страхування Страховик повертає їх Страхувальнику.

13. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

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

13.2. Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат тощо можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому, оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.

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

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

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Представником Страховика – компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування, укладеного відповідно до цих Умов, надаються додаткові послуги:

14.1.1. Допомога в отриманні візи, з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.

14.1.2. Усний та письмовий переклад на російську мову для Застрахованої особи та/або особи/осіб, які її супроводжують в медичному закладі, у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України.

14.1.3. Репатріація тіла Застрахованої особи та/або донора в разі її/їх смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору страхування, що включає в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах максимальної суми – 5 000 (п'ять тисяч) євро.

14.2. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 7 (семи) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин непереборної сили належать: зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за Договором страхування: пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які були офіційно об'явлені після укладення Договору страхування на території України та території країн надання послуг.

14.3. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за Договором страхування, в тому числі щодо здійснення страхової виплати, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, призведе до порушення торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями міжнародних організацій чи окремих держав, або чинним законодавством Європейського Союзу.

14.4. Шляхом укладення Договору страхування за цією програмою страхування Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація на офіційному сайті Страховика www.taslife.com.ua. Ця інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, всі умови Договору страхування, Правил страхування йому зрозумілі; вся вищезазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою; Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

14.5. Шляхом укладення Договору страхування за цією програмою, Страхувальник/Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) погоджуються з умовами, викладеними в цих Умовах, Заяві на укладення Договору страхування життя та Полісі страхування, та надають згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надають свою згоду на передачу таких персональних даних іноземним

суб'єктам відносин, в тому числі, але не виключно компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, номер компанії 515078145, вул. Хашлоша д.2, Тель-Авів 67060, Ізраїль, та Дженерал Реіншуранс АГ, Теодор-Хойсс-Ринг 11, 50668 Кельн, Німеччина, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається), інших договорів, а саме договору про надання послуг з організації та координації надання послуг Застрахованим особам, Договору Перестрахування. Страхувальник та Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) посвідчують, що отримали повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних та неповнолітньої дитини до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені.

14.6. Реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг: Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. Адреса: 01001, м. Київ-1, вул. Б. Грінченка 3, Канцелярія тел: (044) 234-39-46, сайт www.nfp.gov.ua

14.7. Реквізити органів з питань захисту прав споживачів: Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1, тел. (044) 278 84 60.

