

ЗАТВЕРДЖЕНО:

**Голова Правління АТ «СК «ТАС» (приватне)
Власенко А.Л.**

«25» червня 2020 р.

ПРОПОЗИЦІЯ
укласти електронний Договір добровільного страхування життя
за програмою страхування «Твоє здоров'я»
(ОФЕРТА)

1. Ця Пропозиція укласти електронний Договір добровільного страхування життя за програмою страхування «Твоє здоров'я» (надалі – «Пропозиція»), що здійснена Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «ТАС», код ЄДРПОУ – 30929821 (надалі – Страховик) передбачає укладення вказаного електронного Договору добровільного страхування життя за програмою «Твоє здоров'я» (надалі – «Договір») за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи (надалі – «ІТС») Страховика або його Повіреного із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію».
2. Повіреним (страховим агентом Страховика), який діє від імені та у інтересах Страховика та є його уповноваженим представником є ТОВ "ПОЛІС.ЮА", код ЄДРПОУ – 41844667.
3. Укладення Договору здійснюється у відповідності до Умов добровільного страхування життя за програмою «Твоє здоров'я» (надалі – «Умови страхування»), які розроблені у межах та відповідно до Правил добровільного страхування життя Страховика у редакції, що зареєстрована Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг від 19.12.2017р., реєстраційний номер за № 0117337 (надалі – «Правила»), та на підставі ліцензії Держаної комісії з регулювання ринків фінансових послуг АВ № 499974 від 11.01.2010р.
4. Вищевказані Умови страхування є невід'ємною частиною даної Пропозиції та Договору.
5. Відповідно до ч. 5 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію» зазначені Умови страхування оформлені окремим документом, що розміщений на офіційній веб-сторінці Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2020/06/umovy_programy_strahuvannya_tvoye_zdorovya_kep.pdf
6. Дана Пропозиція та Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://taslife.com.ua>.
7. Головний офіс Страховика – м. Київ, 03062, пр-т Перемоги, 65
8. Адреса Страховика для листування та обслуговування Клієнтів – 01001, м. Київ, вулиця Шота Руставелі, буд. 16, 6-й поверх.
9. Адреса електронної пошти Страховика: sktas@taslife.com.ua
10. Інформаційна лінія Страховика – 0 (44) 537-37-40

11. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Акцепт – відповідь особи, якій адресована дана Пропозиція (Страховальника), про прийняття даної Пропозиції, у вигляді електронного документа (повідомлення), підписаного одноразовим ідентифікатором, який додається/приєднується до тексту такого документа (повідомлення).

Страховальник – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком способом передбаченим Законом України «Про електронну комерцію» або здійснює дії щодо його укладення відповідно даної Пропозиції.

Застрахована особа – фізична особа, про страхування життя якої укладений Договір.

Вигодонабувач – Застрахована особа, а у випадку її смерті - спадкоємці Застрахованої особи.

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

Електронний підпис одноразовим ідентифікатором – дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, що додаються до інших електронних даних (до Акцепту) особою, яка прийняла дану Пропозицію укласти Договір (Страховальник) та надсилаються (Акцепт підписаний Страховальником) іншій стороні цього договору (Страховику або Повіреному);

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор передається ІТС Страховика або його Повіреного майбутньому Страховальнику на зазначений ним (під час реєстрації у відповідній ІТС) засіб зв'язку, для підписання даним ідентифікатором Акцепту даної Пропозиції;

Також, за допомогою електронного підпису одноразовим ідентифікатором здійснюється ідентифікація особи під час кожного входу такої особи до відповідної ІТС.

Період очікування страхового випадку - проміжок часу від дати початку дії Договору (дати поновлення дії Договору страхування після сплати страхового платежу за період страхування), протягом якого Договір страхування не діє. Період очікування страхового випадку для кожного захворювання, передбаченого Договором страхування, встановлюється строком в календарних днях відповідно до Додатку №1 до Умов добровільного страхування життя за програмою страхування «Твоє здоров'я», які є невід'ємною частиною Пропозиції.

12. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

12.1. Дана Пропозиція є офертою в розумінні Закону України «Про електронну комерцію». Відповідно до неї Страховик, у разі її прийняття Страховальником, приймає на себе обов'язки відповідної сторони за Договором.

12.2. Пропозицію складено та підписано в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Пропозиція розміщена Страховиком в мережі Інтернет (<https://taslife.com.ua>) та доступна для вільного ознайомлення.

Відповідно до положень ч. 3 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію» Договір вважається укладеним з моменту одержання Страховиком або його Повіреним відповіді Страховальника про прийняття (Акцепту) даної Пропозиції.

При цьому, вказаний Акцепт повинен бути підписаний Страховальником з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію».

12.3. Для укладання Договору Страховальник:

12.3.1. Реєструється у ІТС (Особистий кабінет/Кабінет клієнта) Повіреного (на сайті: www.polis.ua) відповідно до правил такої реєстрації, що наводяться на відповідному сайті. Реєстрація у відповідній ІТС є дією Страховальника, що свідчить про його намір укласти Договір, та означає надання ним згоди на використання та обробку його персональних даних і вчинення інших дій, передбачених Законом України "Про захист персональних даних".

Під час вказаної реєстрації Страховальник надає інформацію про себе, необхідну для укладення Договору.

12.3.2. Здійснює вхід до відповідної ІТС за допомогою електронного підпису одноразовим ідентифікатором, що надається йому відповідною ІТС на зазначений Страховальником під час реєстрації в ІТС засіб зв'язку.

Ідентифікація особи за допомогою електронного підпису одноразовим ідентифікатором, що надається йому відповідною ІТС здійснюватися під час кожного входу до відповідної ІТС.

12.3.3. Ознайомлюється з умовами даної Пропозиції, Правил, інформацією про фінансову послугу.

12.3.4. Натискає кнопку «Укласти договір». Внаслідок чого відповідною ІТС формується Акцепт даної Пропозиції та на вищезазначений засіб зв'язку Страховальника надсилається згенерований вказаною системою в автоматичному режимі електронний підпис одноразовим ідентифікатором для підписання Акцепта.

12.3.5. Для підписання Акцепта Страховальник вводить значення одноразового ідентифікатора у віконці запиту і натискає кнопку «Підписати».

В результаті чого електронний підпис Страховальника одноразовим ідентифікатором додається/приєднується до Акцепту (Акцепт є підписаним Страховальником).

12.4. Після зазначеного підписання відповідна ІТС пересилає на адресу електронної пошти Страховальника підписаний ним Акцепт, який, одночасно, є підтвердженням вчинення електронного правочину (Договору) з боку Страховика.

12.5. Після підписання Акцепту Страховальник зобов'язаний оплатити страховий платіж за Договором відповідно до його умов.

12.6. Моментом одержання Страховиком або його Повіреним підписаного Страховальником Акцепту є момент підписання останнім вказаного Акцепту.

12.7. Дана Пропозиція може бути прийнята Страхувальником виключно на умовах в ній зазначених. Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови Договору.

12.8. Підпис керівника Страховика з відбитком печатки Страховика на оригіналі даної Пропозиції є, одночасно, підписом Договору зі сторони Страховика з відбитком його печатки на Договорі, що укладається на підставі даної Пропозиції.

12.9. Страхувальник, який здійснює використання (накладання) електронного підпису (одноразовий ідентифікатор) на Акцепт Пропозиції (даний електронний документ є формою відповіді про прийняття даної Пропозиції), цим самим засвідчує, що ознайомився з усім текстом документа, повністю зрозумів його зміст, не має заперечень до тексту документа і свідомо застосовував електронний підпис (одноразовий ідентифікатор) у контексті, передбаченому даною Пропозицією.

12.10. Отримання Страхувальником Договору у формі, що унеможливило зміну змісту:

за письмовою заявою Страхувальника Страховик виготовляє та надає йому, у строк до 30 календарних днів, паперові копії даної Пропозиції, Умов страхування та підписаного Страхувальником Акцепту завірені у відповідності до вимог законодавства України.

12.11. Договір складається з даної Пропозиції та Акцепту і є укладеним в письмовій формі відповідно до ст.16 Закону України «Про страхування», ст.3, 11, 12 Закону України «Про електронну комерцію».

12.12. Страхувальник, приймаючи дану Пропозицію шляхом підписання вищевказаного Акцепту, підтверджує та визнає, що до укладення Договору його було повідомлено (шляхом надання Страхувальнику доступу до відповідної інформації на власному веб-сайті Страховика) усю інформацію, передбачену ч. 2 ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання фінансових послуг»; зазначена інформація є доступною на офіційному сайті Страховика www.taslife.com.ua є правильною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся інформація та всі умови Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі.

12.13. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його Повіреном (страховим агентом) одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Договору страхування Клієнту.

12.14. Прийняттям даної Пропозиції Страхувальник засвідчує те, що ознайомлений та згідний з Умовами Договору, Правилами, своїми правами як суб'єкта персональних даних відповідно до ст. 8 Закону України "Про захист персональних даних".

12.15. Акцептуванням даної Пропозиції Страхувальник уповноважує будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку або іншу організацію, або будь-яку особу, що володіє інформацією про нього або про інших Застрахованих осіб за цим Договором, надати необхідну АТ «СК «ТАС» (приватне) інформацію, в тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею, включаючи копії документів із зазначенням захворювань або нещасних випадків, пройденого Страхувальником або іншими Застрахованими особами лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, також і про його професійне зайняття і місце роботи.

Кореспонденція, повідомлення від Страховика Страхувальнику надсилаються за адресою Страхувальника, вказаною в Акцепті, або за адресою, повідомленою Страховику письмово згідно умов Договору.

Дана Пропозиція дійсна з 25 червня 2020 року і є безстроковою.

Додаток №1 до ПРОПОЗИЦІЇ
укласти електронний Договір добровільного
страхування життя
за програмою страхування «Твоє здоров'я»
(ОФЕРТА) від «25» червня 2020 року

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Голова Правління АТ «СК «ТАС» (приватне)
Власенко А.Л.

«25» червня 2020р.

УМОВИ
добровільного страхування життя
за програмою страхування «Твоє здоров'я»

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Умови добровільного страхування життя за програмою страхування «Твоє здоров'я» (надалі – Умови) є невід'ємною частиною Пропозиції укласти електронний Договір добровільного страхування життя за програмою страхування «Твоє здоров'я» від 25 червня 2020р.

1.2. Предметом електронного Договору добровільного страхування життя за програмою страхування «Твоє здоров'я» (надалі – Договір) є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

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

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

1.5. Територія дії Договору – увесь світ, крім територій, які офіційно визнані зонами військових дій (збройних конфліктів).

1.6. Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа - за страховими випадками, зазначеними в п. 4.2. даних Умов; або Вигодонабувач за законом – за страховим випадком зазначеним в п. 4.1. даних Умов.

1.7. Страхова сума, страховий тариф, страховий платіж, строк дії Договору визначаються клієнтом (Страховальником) із запропонованих Страховиком варіантів під час укладання Договору та зазначаються в п. 7, п. 8, п. 9 та п.4 Акцепту відповідно.

1.8. Страхова сума (загальна) за Договором встановлюється в одному із наступних розмірів: 50 000 грн., 80 000 грн. або 100 000 грн. та зазначається в п. 7 Акцепту.

1.9. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф (річний)	Страховий тариф (місячний)
1-30	1,62%	0,15%
31-40	2,15%	0,20%
41-50	2,70%	0,25%
51-60	3,90%	0,36%
61-69	5,00%	0,46%

В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, новий розмір страхового тарифу за Договором встановлюється з дати, наступної за датою завершення страхового року, в якому відбулося відповідне збільшення віку Застрахованої особи. При збільшенні розміру страхового тарифу розмір страхового платежу за Договором пропорційно збільшується. Розмір страхового платежу (загальний) за Договором визначається шляхом добутку страхової суми (загальна) та страхового тарифу.

1.10. 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.

2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

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

Втрата життя – це смерть особи, страховий захист якої передбачено у Договорі страхування життя.

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.

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

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.

Період очікування страхового випадку - проміжок часу від дати початку дії Договору (дати поновлення дії Договору страхування після сплати страхового платежу за період страхування), протягом якого Договір страхування не діє. Період очікування страхового випадку для кожного захворювання, передбаченого Договором страхування, встановлюється строком в календарних днях відповідно до Додатку №1 до Умов добровільного страхування життя за програмою страхування «Твоє здоров'я», які є невід'ємною частиною Пропозиції.

Попередній стан - будь-яке порушення здоров'я, яке у Застрахованої особи вже було діагностовано та з приводу якого Застрахована особа отримувала медичні консультації або лікування до початку страхування. Сюди відносяться будь-яке порушення здоров'я (розлад, захворювання), травма, каліцтво, вроджена чи набута патологія психічний чи нервовий розлад, хронічне захворювання, окрім випадків загострень існуючого хронічного стану, що потребує надання негайної медичної допомоги.

Тимчасова непрацездатність - це стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою, який має тимчасовий, зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності.

3. СТРАХУВАЛЬНИК. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

3.1. Страхувальником за Договором добровільного страхування життя за програмою «Твоє здоров'я» (надалі – Договір страхування) може бути фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, що зазначена у Договорі страхування життя.

3.2. Застрахована особа - фізична особа-резидент, зазначена у Договорі страхування життя, майнові інтереси якої, що пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування. Страхувальник може укласти Договір страхування як про страхування власного життя, так і про страхування життя третьої особи (Застрахованої особи) за її згодою. Застрахованою особою може бути особа, вік якої на момент укладення Договору страхування становить від 1 (одного) до 69 (шістдесяти дев'яти) повних років.

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.

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. Тимчасова втрата загальної працездатності Застрахованої особи внаслідок хвороби, що сталася під час дії Договору страхування (надалі – **Тимчасова втрата працездатності внаслідок хвороби**).

4.2.1. Хворобами за цим Договором вважаються вперше діагностовані під час строку дії цього Договору: інфекційні та

паразитарні хвороби; новоутворення; хвороби ендокринної системи; хвороби крові, кровотворних органів, системи кровообігу; хвороби нервової системи; хвороби органів дихання; хвороби органів травлення; хвороби сечостатевої системи; хвороби кістково-м'язової системи, що визначені в Додатку №1 "Перелік захворювань та розмір страхових виплат" (надалі – Додаток №1) до даних Умов.

4.2.2. Страховими випадками за п.4.2 цього Договору є факт діагностування хвороби, що мало місце під час дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку передбаченого Додатком №1 до даних Умов, та підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судом тощо).

Страховими випадками не визнаються наслідки хвороб (діагностування хвороби, смерті внаслідок хвороби), які сталися як результат або під час вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів; отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами; навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень; нараження себе невинуватому ризику; самогубства, замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком випадків, коли він (вона) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб; керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління ним (нею) особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом.

4.3. За Договором встановлюється період очікування вступу в дію страхового покриття - проміжок часу від дати початку дії Договору (дати поновлення дії страхового покриття за Договором після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого страхове покриття за Договором не діє по конкретному захворюванню. Період очікування для кожного захворювання, передбаченого Договором, встановлюється в календарних днях та зазначається у Додатку №1 до даних Умов.

4.4. Протягом одного року з моменту набрання чинності Договору страхування Застрахована особа має можливість скористатись сервісом "Лікар онлайн" через підключення до платформи "Телемедицина", доступ до якої надає партнер Страховика ТОВ «Лікар Онлайн», що передбачає надання необмеженої кількості он-лайн консультацій терапевта або педіатра та 5 (п'яти) консультацій спеціалістів вузького профілю стосовно стану свого здоров'я. Умови та порядок надання сервісу розміщено на сайті: <https://likaronline.com.ua>.

5. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВИХ ВНЕСКІВ. ВАЛЮТА СТРАХУВАННЯ.

5.1. Валюта страхування – гривня.

5.2. Розмір страхового платежу за Договором визначається шляхом добутку страхової суми та страхового тарифу. Загальний страховий платіж здійснюється одноразово в момент укладання Договору або щомісячно рівними частинами у розмірі, зазначеному в п. 9 (п.9.1) Акцепту.

5.3. Страховий платіж здійснюється за реквізитами: рахунок №UA31305299000026504006800349 в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 30929821. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

5.4. Строк дії Договору. Договір укладається строком на 12 (дванадцять) місяців. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страховика загального страхового платежу (першої частини загального страхового платежу, якщо загальний страховий платіж сплачується щомісячними рівними частинами) в розмірі та у строк, зазначені в Полісі, але не раніше 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної у Акцепті як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом дати, що зазначена у Акцепті як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу.

Договором встановлюється період страхування строком в 1 рік – у випадку сплати загального страхового платежу одноразово; та строком в 1 місяць – у випадку сплати загального страхового платежу щомісячними рівними частинами. У разі сплати загального страхового платежу щомісячними рівними частинами, сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем надходження частини загального страхового платежу на поточний рахунок Страховика в повному розмірі та діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом останнього дня періоду страхування, в якому відбулася сплата такої частини загального страхового платежу. Якщо частина загального страхового платежу надходить в діючому періоді страхування, то наступний сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення діючого періоду страхування.

5.5. У разі відсутності письмової заяви однієї із Сторін про припинення або зміну умов Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів до закінчення строку дії Договору він вважається продовженим на той самий строк і на тих самих умовах, які були передбачені Договором, за умови сплати Страховальником страхового платежу за наступний період страхування на умовах Договору.

5.6. У випадку несплати чергової частини загального страхового платежу повністю або частково у строки, встановлені у Договорі, Страхове покриття за Договором не продовжується на наступний період страхування та припиняє свою дію з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою закінчення попереднього сплаченого періоду страхування. Страховик звільняється від обов'язку щодо здійснення страхової виплати за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті чергової частини загального страхового платежу за цим Договором. При цьому, у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором у наступні періоди страхування, за які страховий платіж повністю або частково не сплачений у передбачені Договором розміри та строки.

5.7. У разі сплати страхового платежу за період страхування Договір страхування поновлює страхове покриття з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика, окрім випадків, коли страхові платежі за періоди страхування не надходили більше ніж протягом 6 (шести) місяців поспіль. При цьому, у разі відновлення сплати Страхувальником страхових платежів (якщо сплата страхового платежу відбувається щомісячними рівними частинами), та мала місце несплата щомісячного платежу більше ніж за 1 (один) місяць – застосовуються періоди очікування страхового випадку, зазначені у Додатку №1 до даних Умов, що починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

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

6.1. Страховик має право:

6.1.1. 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;

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

6.1.3. 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);

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

6.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

6.1.6. Достроково припинити дію Договору страхування, згідно з чинним законодавством України;

6.1.7. Відмовити у страховій виплаті у випадках передбачених цими Умовами;

6.2. Страховик зобов'язаний:

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

6.2.2. Надати Страхувальнику дублікат Договору страхування за його письмовим запитом;

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

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

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

6.3. Застрахована особа (Страхувальник) має право:

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

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

6.3.3. Одержати дублікат Договору страхування у випадку його втрати;

6.3.4. 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.

6.4. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:

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

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

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

6.6. 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

6.7. 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.

6.8. 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.

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

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

7.1.1. 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.

7.1.2. Надати Страховику достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика.

7.2. 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 визначені в цьому Розділі. 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.

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

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

7.4.1. Звернутися із заявою на здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком, яка знаходиться на офіційному сайті Страховика www.taslife.com.ua;

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

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

7.4.4. Також надаються документи що підтверджують настання страхового випадку, а саме:

- у разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п.4.2.1. Умов:

а) копію свідоцтва про смерть;

б) копію лікарського свідоцтва про смерть;

в) виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином;

г) для спадкоємців – копія свідоцтва про право на спадщину.

- у разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.4.2.2.Умов:

а) виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином;

б) копію листка непрацездатності Застрахованої особи (на вимогу Страховика).

7.4.5. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та посвідчені належним чином.

7.4.6. Страховик має право вимагати інші документи, що підтверджують факт настання страхового випадку.

7.4.7. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 7.4. Умов, в тому числі в електронному вигляді.

7.4.7.1. Копією документу згідно Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

7.4.8. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що надаючи Страховику копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Останній розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

7.5. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів, відповідно до п.7.4 даних Умов, прийняти рішення про виплату або про відмову у страховій виплаті.

7.6. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 7.5 даних Умов, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів надіслати особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в письмовій формі обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.

7.7. Страхова виплата здійснюється протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення, на підставі страхового акту, який складається Страховиком. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на рахунок, зазначений у заяві на здійснення страхової виплати. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

7.8. Страхова виплата при настанні страхового випадку, передбаченого Договором, здійснюється:

7.8.1. за страховими випадками, передбаченими п. 4.1 даних Умов – спадкоємцям Застрахованої особи, у розмірі 100% страхової суми, зазначеної в п.7 Акцепта;

7.8.2. за страховим випадком, передбаченим п. 4.2 даних Умов – Застрахованій особі, у розмірі % від страхової суми, зазначеного у Додатку № 1 до даних Умов.

7.9. Страхова виплата за одним і тим самим захворюванням здійснюється не більше одного разу протягом одного страхового року.

7.10. Договір у відношенні до Застрахованої особи, якій здійснювались страхові виплати, не припиняє чинності до кінця строку дії Договору. При цьому, відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше проведеними страховими виплатами. Якщо страхові виплати по Застрахованій особі склали 100 % страхової суми протягом одного страхового року, дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

7.11. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини платежу при настанні страхового випадку із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати несплачену частину страхового платежу.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ, ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

8.1.1. 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;

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

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

8.1.4. 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.

8.1.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам п. 7.4. даних Умов.

8.1.6. У випадку повторного звернення Застрахованою особою протягом року за страховою виплатою за одним і тим самим захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату відповідно до Додатку №1 до даних Умов.

8.1.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, визначених за Договором.

8.1.8. Інші випадки, передбачені законодавством України.

8.2. Не визнаються страховими випадками захворювання та/або смерть внаслідок захворювання:

- 1) які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;
- 2) що виникли внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;
- 3) які є наслідком спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 4) які пов'язані з масовими епідеміями;
- 5) що отримані в результаті військових дій, громадянських безладь, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;
- 6) що отримані при проведенні заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи громадянської влади та політичних організацій;
- 7) вроджені вади та спадкові хвороби;
- 8) психічні хвороби;
- 9) ожиріння, косметичні чи косметологічні послуги, естетичні оперативні втручання, операції по заміні статі;
- 10) ускладнення або штучне переривання вагітності;
- 11) імпотенція, чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності;
- 12) що виникли внаслідок інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору;

8.3. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на хвороби, які не зазначені в Додатку №1 до даних Умов.

8.4. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічну хворобу, а також наслідки та ускладнення захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока), стенокардію, ІХС, геморої, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти, фарингіти і трахеїти, риніти, гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, коліти, остеохондроз та його ускладнення, хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, межреберна невралгія, кон'юнктивити, ГРІ, ГРЗ, грип, бактеріальні кишкові інфекції, мікози.

8.5. Не можуть бути Застрахованими особи:

- 1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;
- 2) які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний); які мають злоякісні новоутворення;
- 3) психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;
- 4) інваліди I, II групи, діти-інваліди;
- 5) особи молодші 1 року та старші 69 років на момент укладання Договору;

б) особи, що досягли 70 років в період дії Договору. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених цим Розділом даних Умов, до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі. У випадку наявності обставин, передбаченої цим Розділом Умов, Договір припиняє свою дію з дня досягнення Застрахованою особою віку 70 років. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за днем народження. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплачених страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи визначених при розрахунку страхового тарифу (30%), фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за таким Договором страхування.

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

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

9.2. 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.

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

9.4.1. 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;

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

9.4.3. При несплаті Страхувальником чергового страхового внеску у розмірі та у строки, передбачені Договором страхування або у порядку та у строки, визначені Договором страхування;

9.4.4. Ліквідації Страховика;

9.4.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

9.4.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.

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

9.6. 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).

10. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

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

10.2. 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.

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

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

11. ІНШІ УМОВИ

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

11.2. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України.

11.3. Сторони звільняються від виконання зобов'язань по Договору при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму, військових дій тощо.

11.4. Укладанням Договору Страхувальник підтверджує: що за останні 12 місяців Застрахована особа не зверталася за медичною допомогою, обстеженням чи консультацією у зв'язку із одним і тим самим захворюванням більш ніж один раз; за останні 12 місяців до укладання Договору Застрахована особа не мала захворювань ендокринної системи; хвороб крові, кровотворних органів, системи кровообігу; хвороб нервової системи; хвороб органів дихання; хвороб органів травлення; хвороб сечостатевої системи; хвороб шкіри та підшкірної клітковини; хвороб кістково м'язової системи; на даний момент Застрахованій особі не присвоєна I або II групи інвалідності, статусу «дитина з інвалідністю», а також не існує передумов для отримання групи інвалідності чи статусу «дитина з інвалідністю»; Застрахована особа не здійснює професійну діяльність, хобі та/ або не займається екстремальними видами спорту з підвищеними ризиками для життя.

11.5. 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.

11.6. Шляхом укладення Договору страхування за цією програмою, Страхувальник/Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) погоджуються з умовами, викладеними в цих Умовах, Правил страхування, Договорі 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 іншим суб'єктам відносин, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається). 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.

Голова Правління
Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ТАС»

А. Л. Власенко



Додаток № 1 до
Умов добровільного страхування життя
за програмою страхування «Твоє
здоров'я»

Перелік захворювань та розмір страхових виплат

№з/п	Захворювання	Розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)
1	Хвороби нервової системи		
1.1	Бічний аміотрофічний склероз	30	180
1.2	- Ураження трійчастого нерву, - Ураження лицевого нерву	15	90
1.3	- Ураження інших черепних нервів, зокрема слухового та зорового, - Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, - Міастенія гравіс	10	
1.4	- Атрофія зорового нерва	5	
2	Хвороби органів чуття (ока та вуха)		
2.1	Глаукома	15	90
2.2	- Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), - Оклюзії судин сітківки за умови (як мінімум) транзиторної сліпоти	10	
2.3	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30
2.4	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	90
2.5	- Кератокон'юнктивіт, - Відшарування сітківки з розривом сітківки, - Гострий мастоїдит (за умови стаціонарного лікування)	7	
2.6	- Кератити, - Іридоцикліти	5	
2.7	Хвороби слъзових шляхів	5	
2.8	Гострий середній отит	4	30
2.9	- Склерити, епісклерити, - Хоріоретинальне запалення (дифузне)	3	
2.10	Гострий зовнішній отит	3	30
3	Хвороби серцево-судинної системи		
3.1	- Гострий інфаркт міокарду, - Геморагічний інсульт	50	7
3.2	- Ішемічний інсульт (інфаркт мозку), - Розрив аневризми судин мозку	40	
3.3	- Емболія та гострий тромбоз магістральних судин, - Аневризма та розшарування аорти	30	30
3.4	Стеноз ниркової артерії (за умови проведення оперативного лікування)	30	90
3.5	Повторний інфаркт міокарду	25	30
3.6	Гостра серцево-легенева недостатність	25	7
3.7	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	20	90
3.8	Гострий перикардит	20	30
3.9	- Флеботромбоз, - Поєднання мітрального стенозу із недостатністю двостулкового клапана (вперше виявлена)	15	90

3.10	- Гострий та підгострий ендокардит, - Гострий міокардит	15	30
3.11	- Ревматизм в активній фазі - Дисліпідемія (вперше виявлена) - Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90
3.12	- Варикозне розширення вен нижніх кінцівок, - Посттромбофлебичний синдром, - Облітеруючий тромбангіт (за кожен встановлений діагноз за умови проведення оперативного лікування)	10	
3.13	- Тромбофлебіт - Ревматична хвороба серця	8	
4	Хвороби крові, кровотворних органів:		
4.1	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	90
4.2	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення脾енектомії)	30	
4.3	Абсцес селезінки (за умови проведення оперативного лікування)	25	
4.4	- Істинна еритроцитарна аплазія, - Кіста селезінки (за умови проведення оперативного лікування)	20	
4.5	- Постгеморагічна анемія	10	30
4.6	- Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90
5	Хвороби кістково - м'язової системи та сполучної тканини:		
5.1	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90
5.2	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	
5.3	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	
5.4	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	
5.5	Ревматоїдний артрит(за умови проведення оперативного лікування)	20	
5.6	- Хвороба Рейтера, - Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	
5.7	- Піогенний артрит, - Остеоартроз (кожне заворювання за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	
5.8	- Ішіас (без люмбаго), - Ревматизм в активній фазі	10	
5.9	- Гострий поліартрит, - Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	
5.10	Дискогенний радикуліт	4	
6	Хвороби органів дихання:		
6.1	Хронічна обструктивна хвороба легень (вперше виявлена)	40	180
6.2	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування) 15 90 днів	15	90
6.3	Абсцес легені та середостіння 15 30 днів	15	30
6.4	Плеврит	10	
6.5	- Пневмоторакс, - Гемоторакс	10	7
6.6	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90
6.7	Емфізема	8	
6.8	Пневмонія	8	30

6.9	Бронхопневмонія	6	60
6.10	Гострий тонзиліт	4	30
7	Хвороби органів травлення:		
7.1	Панкреонекроз	45	7
7.2	- Цироз печінки з клінічними проявами портальної гіпертензії та функціональних порушень печінки (окрім алкогольного цирозу), - Хвороба Крона (за умови оперативного втручання)	30	180
7.3	- Перитоніт (окрім місцевого), - Гостра кишкова непрохідність	25	7
7.4	Хвороба Крона (консервативне лікування в умовах стаціонару)	20	180
7.5	Жовчокам'яна хвороба (за умови проведення оперативного лікування)	20	90
7.6	Защемлена діафрагмальна кила	15	
7.7	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30
7.8	Гострий панкреатит	15	
7.9	- Гострий апендицит, - Печінкова колька	15	7
7.10	- Защемлена пахова, стегнова кила, - Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках), - Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90
7.11	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30
7.12	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90
7.13	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180
7.14	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30
8	Хвороби сечостатевої системи		
8.1	Гостра ниркова недостатність	50	7
8.2	Гостре запальне захворювання матки	20	90
8.3	- Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена), - Токсична нефропатія, - Гострий параметрит, - Гострий пельвіоперитоніт, - Гідронефроз з калькульозною обструкцією нирки і сечовода, - Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярная хвороба (вперше виявлені)	15	
8.4	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30
8.5	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90
8.6	- Абсцес бартолінової залози, - Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	
8.7	Гострий сальпінгіт та офорит	8	
8.8	- Гострий уретрит, - Гострий простатит, - Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	
8.9	- Гострий цистит, - Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30
9	Хвороби ендокринної системи:		
9.1	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90
9.2	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	30	
9.3	Гіпоглікемічна діабетична кома	20	180

9.4	- Цукровий діабет інші типи (орім гестаційного вперше виявлений), - Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом, - Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу), - Аутоімунний тиреоїдит, підтверджений лабораторно (вперше виявлений)	20	90
9.5	Гострий тиреоїдит	15	
10	Новоутворення		
10.1	- Злоякісні новоутворення бронхів та легень, - Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90
10.2	- Злоякісна меланома шкіри - Злоякісні новоутворення стравоходу, - Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипалої кишки)	50	
10.3	Злоякісні новоутворення молочної залози		
	- до 34 років	50	
	- від 35 років	40	
10.4	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки:		
	- до 34 років	50	
	- від 35 років	40	
10.5	Злоякісні новоутворення простати та яєчок:		
	- до 34 років	40	
	- від 35 років	30	
10.6	- Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка), - Мієломна хвороба	45	
10.7	- Лейкоз, - Доброякісні новоутворення головного мозку	40	
10.8	Інші злоякісні новоутворення	30	
10.9	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	25	
10.10	- Доброякісні новоутворення молочної залози, - Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	15	180
10.11	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини)	5	
11	Інфекційні та паразитарні хвороби:		
11.1	- Енцефаліт, - Енцефаломієліт, - Туберкульоз (вперше виявлений), - Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30
11.2	Сепсис	30	
11.3	Вірусні гепатити В, С	25	180
11.4	- Менінгіт, - Арахноїдит, - Гострий поліомієліт	25	30
11.5	- Лейшманіоз, - Лептоспіроз, - Сибірська виразка	20	

11.6	- Малярія, - Холера, - Ботулізм, - Туляремія, - Тиф та паратиф, - Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	
11.7	- Токсоплазмоз, - Сальмонельоз, - Інфекційний мононуклеоз, - Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)	10	
11.8	- Кір, - Краснуха, - Скарлатина, - Вітряна віспа, - Оперізуєчий лишай (Herpes zoster)	4	
11.9	Коклюш (кашлюк)	3	
12	Якщо діагностовані захворювання не передбачене цією таблицею, але потребує стаціонарного та/або амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше 14 днів, то страхова виплата здійснюється у наступному розмірі в залежності від строку лікування		
12.1	період безперервного амбулаторного та/або стаціонарного лікування склав від 14 до 29 календарних днів	1,5	14
12.2	період безперервного амбулаторного та/або стаціонарного лікування склав від 30 календарних днів і більше	2,5	

Голова Правління
Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «ТАС»

А. Л. Власенко

