



ЗАТВЕРДЖЕНО  
Рішенням Правління  
АТ «СК «ТАС» (приватне)  
Протокол від 16.04.2026 р.

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ТАСКо»  
(РЕДАКЦІЯ-02)  
(ДІЄ З 17.04.2026 РОКУ)**

## Зміст

1. Загальні положення та клас страхування.....	3
2. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування.....	3
3. Найменування та адреса Страховика.....	9
4. Страховий посередник.....	9
5. Предмет страхування та об'єкт страхування.....	9
6. Страхувальник.....	10
7. Застрахована особа.....	10
8. Вигодонабувач.....	10
9. Строк дії Договору страхування.....	10
10. Територія дії Договору страхування.....	10
11. Перелік страхових ризиків.....	11
12. Умови страхового покриття за Договором страхування.....	11
13. Валюта Договору страхування.....	12
14. Страхова сума.....	12
15. Страховий тариф.....	12
16. Страхова премія. Порядок і періодичність сплати страхових внесків.....	13
17. Франшиза.....	13
18. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору.....	13
19. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, їх правові наслідки.....	16
20. Порядок відмови від Договору страхування.....	18
21. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.....	18
22. Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат.....	20
23. Порядок укладення Договору страхування.....	21
24. Підстави відмови у страховій виплаті.....	23
25. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування.....	23
26. Порядок вирішення спорів.....	24
27. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.....	24
28. Інші умови.....	24
Додаток №1 до Загальних умов страхового продукту «ТАСКО» (редакція - 02).....	26

<p><b>1. Загальні положення та клас страхування</b></p>	<p><b>1.1.</b> Ці Загальні умови страхового продукту «ТАСКо» (надалі по тексту – Загальні умови/Умови) розроблені в межах класу страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» та/або класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» відповідно до Закону України «Про страхування» № 1909-IX від 18.11.2021 р. та інших нормативно-правових актів України.</p> <p><b>1.2.</b> Договори страхування за страховим продуктом «ТАСКо» (далі – Договір/Договір страхування), укладається у письмовій формі шляхом укладення двостороннього Договору підписаного Сторонами та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.</p> <p><b>1.3.</b> Зміни до Загальних умов вносяться Страховиком в односторонньому порядку шляхом викладення таких Загальних умов у новій редакції. Із введенням в дію нової редакції Загальних умов попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію. Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов, продовжує діяти на Загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою сторін.</p> <p><b>1.4.</b> Загальні умови та всі редакції Загальних умов (із зазначенням строку їх дії у такій редакції) розміщуються у вільному відкритому доступі на офіційному вебсайті Страховика <a href="https://taslife.com.ua/important_info/dogovory/strahovyi-produkt-tasko">https://taslife.com.ua/important_info/dogovory/strahovyi-produkt-tasko</a>.</p> <p><b>1.5.</b> Договори страхування укладаються Страховиком на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування за класами страхування 1, 2, 19, 20, 21, 22, 23 (04.06.2024 – дата внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та інших нормативно-правових актів України, які регулюють надання послуг із страхування.</p> <p><b>1.6.</b> Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком тощо) та інші умови страхування.</p> <p><b>1.7.</b> На підставі цих Загальних умов можуть укладатися Договори комплексного страхування за умови визначення у такому Договорі страхування страхового покриття та розміру страхової премії за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування).</p>
<p><b>2. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування</b></p>	<p><b>2.1. Андеррайтинг</b> – процес аналізу й селекції запропонованих на страхування ризиків, прийняття рішення про страхування того чи іншого ризику та визначення адекватної тарифної ставки та/або умов страхування;</p> <p><b>2.2. Амбулаторно-поліклінічна допомога</b> – комплекс медичних послуг, які надаються Застрахованій особі з метою обстеження та/або лікування та/або з профілактичною метою в закладах охорони здоров'я якими є: центри первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичні центри, медичні центри будь-якої форми власності, травмпункти, поліклінічні відділення лікарень тощо, в разі, якщо лікування не вимагає цілодобового перебування в лікарняному закладі під наглядом медичного персоналу;</p> <p><b>2.3. Асистуюча компанія (далі – Асистанс)</b> – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі визначеному Договором;</p>

**2.4. Асистуюча послуга** – допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов Договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо Страховиком, асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу / послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги / таких послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу / такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, включаючи оплату асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги / таких послуг відповідно до умов договору зі Страховиком;

**2.5. Безумовна франшиза** – вид франшизи, при якому Страховик зобов'язаний відшкодувати збитки за вирахуванням встановленої франшизи;

**2.6. Вигодонабувач** - особа або категорія осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору та/або відповідно до законодавства;

**2.7. Вчинення терористичних актів та терористичної діяльності (тероризм)** – злочинне діяння у формі застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створювали небезпеку для життя чи здоров'я людини або заподіяння значної майнової шкоди чи настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів винного (терориста), а також погроза вчинення зазначених дій з тією самою метою;

**2.8. Госпіталізація** – перебування в лікарні протягом не менше ніж 24 (двадцять чотири) години безперервно. Строк перебування на госпіталізації визначається за датами поступлення та виписки з лікарні;

**2.9. Гостре захворювання** – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до значного погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю;

**2.10. Гострий больовий синдром** – така реакція нервової системи організму на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме безпосередню загрозу життю Застрахованої особи;

**2.11. Договірний заклад охорони здоров'я** – такий заклад охорони здоров'я, який узгоджений Страховиком, як такий, в якому передбачена організація послуг згідно Договору страхування;

**2.12. Договір страхування** – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування;

**2.13. Денний стаціонар** – це лікувальний підрозділ закладу охорони здоров'я, де надається кваліфікована медична допомога хворим, які не потребують цілодобового медичного нагляду. Лікування в денному стаціонарі є складовою частиною амбулаторно-поліклінічної допомоги;

**2.14. Документ** - спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин настання страхового випадку (в тому числі, але не виключно,

матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні);

**2.15. Документи та/або інформація компетентних органів** – будь-які офіційні носії/джерела інформації компетентних органів (довідки, листи, роз'яснення, інформація компетентних органів та їх посадових осіб з офіційних сайтів, офіційних видань чи зафіксована у виданих ними письмових документах). У разі наявності суперечностей в інформації та документах, отриманих Страховиком та Страхувальником, рішення приймається на підставі відповідних відповідей компетентних органів шляхом направлення Страховиком додаткових запитів;

**2.16. Дорожньо-транспортна пригода (ДТП)** - подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої заподіяно шкоду життю, здоров'ю та/або майну Застрахованої особи.

**2.17. Екстремальні види спорту** – види спорту, заняття якими несе підвищену небезпеку для життя та здоров'я Застрахованої особи включаючи, але не обмежуючись заняттям альпінізмом, спелеотуризмом, скелелазінням, планеризмом, стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння», верховою їздою, кінним спортом, катанням на тваринах, дайвінгом, підводними видами спорту чи розваг, фрістайл-акробатикою; мотоспортом та автоспортом, а також іншими видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин, контактними видами спорту (бокс, кікбоксінг, карате, боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, самбо, рукопашний бій тощо), хокеєм з шайбою, важкою атлетикою, спортивною гімнастикою, багатоборством, регбі, американським футболі, гірськолижним (у т.ч. катання на сноуборді) та лижним спортом (крім бігових лиж), бобслеєм, катанням на ковзанах (крім непрофесійного катання в спеціально обладнаних для цього місцях), водним туризмом, слаломом, художньою гімнастикою, легкою атлетикою, стрільбою з лука, стендовою та кульовою стрільбою, фехтуванням, всіма видами серфінгу, вітрильним спортом, акробатикою, флайбордингом, стрибками на батуті, пересуванням на сегвеї, паркурі, пейнтболом, страйкболом, велосипедним спортом (участю в будь-яких змаганнях та гонках з велоспорту; заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, ВМХ, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу та мотокросу);

**2.18. Загострення хронічного захворювання** – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання медичної допомоги;

**2.19. Заклад охорони здоров'я (медичний заклад, лікувально-профілактичний заклад)** – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації;

**2.20. Заняття активними видами відпочинку** - спосіб проведення дозвілля з використанням рухової активності в умовах помірних фізичних навантажень, що здійснюється епізодично / нерегулярно у формальних чи неформальних організаційних структурах або самостійно, без прагнення до найвищих спортивних здобутків;

**2.21. Заняття аматорським спортом** - аматорська спортивна діяльність, спрямована на вдосконалення спортивних навичок або досягнення найвищих спортивних здобутків шляхом систематичних / регулярних тренувань у спортивних секціях, та участі у непрофесійних спортивних змаганнях без грошової винагороди;

**2.22. Заняття професійним спортом** – професійна спортивна діяльність, що передбачає отримання грошової винагороди за участь у тренувальному процесі

та особисті досягнення (рекорди) в спортивних змаганнях. Спортсмен набуває статусу спортсмена-професіонала, якщо він є членом визнаної професійної спортивної організації та/або є членом ігрової ліги, яку прямо підтримує чи фінансує професійна команда або професійна спортивна організація, та/або отримує будь-який вид оплати або компенсації за свою участь прямо або опосередковано від професійної команди або професійної спортивної організації;

**2.23. Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування;

**2.24. Захворювання (хвороба)** – будь-яке порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними і (або) морфологічними змінами, діагностовано і підтверджене медичними документами. Захворюванням вважаються всі пошкодження і наслідки, що виникають у зв'язку з одним і тим же діагнозом, а також всі хвороби з однієї причини або пов'язаних причин. Якщо хвороба обумовлена тією ж причиною, з якої виникло попереднє захворювання, або пов'язаною з нею причиною, захворювання вважається продовженням попереднього, але не окремим захворюванням;

**2.25. Здоров'я** – це стан організму, в якому відмічається відповідність структури та функції, а також здатність регуляторних систем підтримувати стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз);

**2.26. Зняття гострого больового синдрому** – комплекс заходів із забезпечення лікарськими засобами (медикаментами) зі знеболювальною дією для лікування гострого больового синдрому протягом 7 днів на один страховий випадок;

**2.27. Копія документа** - це точне відтворення документа з оригіналу на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом. Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія) - візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчено електронним цифровим підписом (кваліфікованим електронним підписом);

**2.28. Компетентні органи** – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин події, що має ознаки страхового випадку та робити висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «Страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ України, Державна служба з надзвичайних ситуацій України, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства, тощо);

**2.29. Лікар-координатор** – представник Страховика та/або Асистансу, який організовує надання медичних послуг Застрахованій особі;

**2.30. Лікарський засіб** – будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу;

**2.31. Ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який може встановлюватись при укладенні Договору страхування за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків;

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

**2.33. Медичне обслуговування** – діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням;

**2.34. Медична послуга** – послуга, що надається закладом охорони здоров'я чи особою, що має ліцензію на надання відповідного виду медичних послуг;

**2.35. Невідкладна медична допомога (невідкладна допомога)** – комплекс медичних послуг, що організовується при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям. Невідкладна допомога включає: виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури в рамках ресурсів бригади, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого, медикаментозне забезпечення в рамках ресурсів бригади виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги, медичну допомогу травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше), транспортування каретою невідкладної допомоги за медичними показаннями;

**2.36. Невідкладна стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг з надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин з моменту виникнення) стаціонарному лікуванні;

**2.37. Неправдива інформація** – заявлені, документовані або оголошені відомості та/або дані, що не відповідають дійсним обставинам про події та явища, що відбулися (наприклад, про обставини та характер настання страхового випадку, тощо);

**2.38. Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування. До нещасного випадку за Договором відносяться: стихійне явище, вибух, опік, обмороження, утоплення, дія електричного струму, удар блискавки, сонячний удар, напад зловмисників або тварин, падіння будь-якого предмету на Застраховану особу або падіння самої Застрахованої особи, раптове удушення, випадкове попадання в дихальні шляхи чужорідного тіла, випадкове отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами, а також травми, які одержані під час руху засобів транспорту (автомобіля, поїзда, трамваю та інше) або під час катастрофи (в тому числі при дорожньо-транспортних пригодах в розумінні п.2.16 цього Договору), при користуванні машинами, механізмами, зброєю і різними іншого типу та призначення інструментами;

**2.39. Нозологічна одиниця** – певна хвороба, виділена на основі встановлених етіології і патогенезу та/або характерної клініко-морфологічної картини; одиниця номенклатури та міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10);

**2.40. Організація послуги** – факт запису Застрахованої особи на консультацію, здійснення виклику лікаря або швидкої невідкладної допомоги, відправки заявки на отримання лікарських засобів в аптеку тощо;

- 2.41. Провідні фахівці** – провідні спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік, завідувачі відділень та будь-які інші спеціалісти закладу охорони здоров'я, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг інших спеціалістів у преїскуранті даного закладу охорони здоров'я;
- 2.42. Пасивні воєнні ризики** – травми та ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок прямого або опосередкованого впливу зброї, крім зброї масового ураження на території України, крім територій, які перебувають в районі активних бойових дій або в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), але при цьому Застрахована особа не брала безпосередньої участі у бойових діях. Територія активних бойових дій або в тимчасовій окупації, оточення (блокування) визначається згідно Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією (крім територій, які відносяться до територій можливих бойових дій), що затверджений відповідним нормативно-правовим актом України та діяв на дату настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 2.43. Регулятор** - Національний банк України;
- 2.44. Розрахунковий заклад охорони здоров'я** – заклад, за тарифами якого здійснюється страхова виплата при самостійній оплаті медичних послуг відповідно до умов Договору страхування. Страхові виплати здійснюються за тарифами, що діяли на дату отримання медичних послуг;
- 2.45. Стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг, що надається Застрахованій особі на території закладу охорони здоров'я при станах, що вимагають надання медичної допомоги Застрахованій особі під цілодобовим наглядом медичного персоналу в стаціонарних умовах, а ненадання такої медичної допомоги може призвести до смерті чи незворотних змін організму;
- 2.46. Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування ;
- 2.47. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума встановлюється за Договором.
- 2.48. Страховий внесок (страховий платіж, страхова премія)** - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування;
- 2.49. Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору;
- 2.50. Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування , яка відбулася після набуття чинності Договором та ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до законодавства;
- 2.51. Страховий ризик** - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;
- 2.52. Строк страхового покриття** - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору;
- 2.53. Страховий інтерес** – матеріальна зацікавленість та/або потреба Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з здоров'ям, життям та працездатністю Застрахованої особи;
- 2.54. Страховий акт** – внутрішній документ Страховика, що складається у визначеній Страховиком формі, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксовано суму страхової виплати.
- 2.55. Страховик** – **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС»;**
- 2.56. Страхувальник** – особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування;

	<p><b>2.57. Таємниця страхування</b> - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або Страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;</p> <p><b>2.58. Тілесні ушкодження</b> – порушення анатомічної цілісності тканин, органів та їх функцій, що виникає як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх ушкоджуючих факторів: фізичних, хімічних, біологічних;</p> <p><b>2.59. Транспортний засіб</b> – пристрій, який призначений для перевезення людей, а також встановленого на ньому спеціального обладнання чи механізмів, який підлягає державній реєстрації та обліку у територіальних органах Міністерства внутрішніх справ України та/або допущений до дорожнього руху, а також ввезений на митну територію України для тимчасового користування, зареєстрований в інших країнах;</p> <p><b>2.60. Форс-мажорні обставини</b> – на умовах цього страхового продукту під форс-мажорними обставинами розуміють незвичайні і непередбачувані обставини, події чи явища поза контролем Страховика та Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль;</p> <p><b>2.61. Франшиза</b> – передбачена Договором страхування частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку та вираховується при здійсненні страхової виплати;</p> <p><b>2.62. Хронічне захворювання (хвороба)</b> – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів;</p> <p><b>2.63. Хронічне захворювання в стадії загострення</b> – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значною клінічною маніфестацією (посиленням симптомів);</p> <p><b>2.64.</b> Інші терміни, що використовуються в цих Загальних умовах, вживаються в значеннях, наведених у Законі України «Про страхування», Законі України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та інших законах та підзаконних нормативно-правових актах, включаючи нормативно-правові акти Національного банку України.</p>
<p><b>3. Найменування та адреса Страховика</b></p>	<p><b>3.1. Найменування Страховика: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС»</b>, код ЄДРПОУ 30929821  <b>Місцезнаходження Страховика: 01001, м. Київ, вулиця Руставелі Шота, буд. 16.</b>  <b>Вебсайт: <a href="https://taslife.com.ua/">https://taslife.com.ua/</a></b>  <b>Адреса електронної пошти Страховика: <a href="mailto:sktas@taslife.com.ua">sktas@taslife.com.ua</a></b>  <b>Інформаційна лінія Страховика: 0 (44) 537 37 40.</b>  <b>Реквізити для сплати страхових внесків: UA313052990000026504006800349 в АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК», Код ЄДРПОУ 30929821, або UA793395000000026500000159002 в АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ТАСКОМБАНК», Код ЄДРПОУ 30929821.</b></p>
<p><b>4. Страховий посередник</b></p>	<p><b>4.1.</b> Страховий посередник – особа, що діє від імені Страховика або Страхувальника на підставі та на умовах, визначених в договорі, укладеному зі Страховиком або Страхувальником, та здійснює діяльність з реалізації страхових продуктів. Детальна інформація про страхового посередника, який залучається для укладення Договору страхування, зазначається в Договорі страхування.</p>
<p><b>5. Предмет страхування та об'єкт страхування</b></p>	<p><b>5.1. Предметом договору страхування</b> є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.</p> <p><b>5.2. Об'єктом страхування</b> є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.</p>

<b>6. Страхувальник</b>	<b>6.1.</b> Страхувальником за Договором може бути дієздатна фізична особа-резидент України або фізична особа – підприємець або юридична особа, що уклала із Страховиком Договір страхування.
<b>7. Застрахована особа</b>	<b>7.1.</b> Застрахованою особою за Договором може бути фізична особа (громадянин України, іноземний громадянин чи особа без громадянства) незалежно від віку та наявності інвалідності та/або будь-яких захворювань, життя, здоров'я та працездатність якої є об'єктом за Договором страхування, якщо інше не зазначено в Договорі страхування. <b>7.2.</b> Застрахованими особами можуть бути користувачі послуг Страхувальника, працівники, учасники подій та/або заходів, які організовує Страхувальник, члени їх сімей щодо страхування життя, здоров'я та працездатності якого укладений відповідний Договір страхування.
<b>8. Вигодонабувач</b>	<b>8.1. Вигодонабувач</b> - особа або категорія осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування.
<b>9. Строк дії Договору страхування</b>	<b>9.1.</b> Строк дії Договору страхування за цим страховим продуктом встановлюється Страхувальником при укладенні Договору страхування від 1 години до 1 року. Строк дії Договору страхування може складатися з періодів страхування, які зазначаються в Договорі страхування за згодою Сторін. <b>9.2.</b> Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії за умови зарахування (надходження) на банківський рахунок Страховика страхової премії або першої частини страхової премії у разі сплати частинами або страхової премії за перший період страхування у розмірі та у строк, визначені в Договорі страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. <b>9.3.</b> Договір страхування діє до 23 години 59 хвилин (за київським часом) дати, що зазначена у Договорі страхування як дата закінчення строку його дії якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії такого Договору. <b>9.4.</b> У випадку якщо Страхувальник не сплатив на банківський рахунок Страховика страхову премію або першу частину страхової премії у разі сплати частинами або страхову премію за перший період страхування в розмірі та у строк, зазначені у Договорі страхування, Договір вважається таким, що не набув чинності, якщо інше не передбачено Договором страхування. <b>9.5.</b> Періодами страхування є часові обмеження дії страхового покриття за Договором страхування в межах його строку дії. <b>9.6.</b> Страхове покриття може бути звужене Договором страхування та розповсюджуватись лише на час виконання службових обов'язків, або на час користування послугою від Страхувальника, або на час участі у події та/або заході, який організовано Страхувальником. У будь-якому випадку строк дії страхового покриття, зазначається у Договорі страхування. <b>9.7.</b> Продовження строку дії Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін шляхом укладення Додаткової угоди до Договору.
<b>10. Територія дії Договору страхування</b>	<b>10.1.</b> Договором страхування може бути передбачено страхування на території окремої країни або групи країн, міста або населеного пункту, територія дії Договору може бути звужена до місяця проведення події та/або заходу, місцезнаходження Страхувальника. <b>10.2.</b> У випадку якщо Договором страхування передбачене страхове покриття на території України: дія Договору страхування не розповсюджується на території України, що офіційно включені до <u>Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією</u> , що затверджений відповідним нормативно-правовим актом України (крім територій, віднесених до можливих бойових дій та територій активних бойових дій, на яких функціонують державні електронні інформаційні ресурси). <b>10.3.</b> Договір страхування укладений за цим страховим продуктом не діє на територіях зон військових дій в інших країнах (незалежно від того, оголошена війна чи ні), територіях Російської Федерації і Республіки Білорусь. <b>10.4.</b> За межами зазначеної у Договорі страхування території його дії страхове

	<p>покриття не діє.</p> <p><b>11.Перелік страхових ризиків</b></p> <p><b>11.1. Страховим ризиком в межах класу страхування 2 «медичне страхування»</b> є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором страхування. Страховим випадком є понесення витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому в Договорі страхування під час дії Договору страхування в межах страхового покриття (надалі – «Медичні витрати»).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– За договором страхування, укладеним за класом страхування 2 за ризиком «медичне страхування», у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено договором страхування.</li> </ul> <p><b>11.2. Страховим ризиком в межах класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби»</b> є настання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– певної хвороби або групи хвороб, визначених Договором страхування;</li> <li>– будь-якої хвороби, крім тих, які прямо зазначені в Договорі страхування як виключення.</li> </ul> <p><b>11.3.</b> Страховим випадком є настання хвороби, яка сталася під час дії Договору страхування в межах страхового покриття та на території, передбаченої Договором страхування та призвела до:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>11.3.1.</b> Смерті Застрахованої особи;</li> <li><b>11.3.2.</b> Встановлення інвалідності Застрахованій особі;</li> <li><b>11.3.3.</b> Тимчасової втрати працездатності Застрахованою особою;</li> <li><b>11.3.4.</b> Госпіталізації Застрахованої особи;</li> <li><b>11.3.5.</b> Хірургічного втручання на тканинах або органах Застрахованої особи;</li> <li><b>11.3.6.</b> Виклику швидкої допомоги.</li> </ul> <p><b>11.4. Страховим ризиком в межах класу страхування 1 «нещасний випадок, включаючи нещасний випадок на транспорті»</b> є настання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– нещасного випадку, включаючи нещасний випадок на транспорті;</li> <li>– виробничої травми (нещасного випадку на виробництві) та/або професійного захворювання.</li> </ul> <p><b>11.5.</b> Страховими випадками є нещасні випадки, які сталися під час дії Договору страхування в межах страхового покриття та на території, передбаченої Договором страхування та призвели до:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>11.5.1.</b> Смерті Застрахованої особи;</li> <li><b>11.5.2.</b> Травматичного ушкодження Застрахованої особи або порушення функцій її організму;</li> <li><b>11.5.3.</b> Встановлення інвалідності Застрахованій особі;</li> <li><b>11.5.4.</b> Тимчасової втрати працездатності Застрахованою особою;</li> <li><b>11.5.5.</b> Госпіталізації Застрахованої особи;</li> <li><b>11.5.6.</b> Хірургічного втручання на тканинах або органах Застрахованої особи;</li> <li><b>11.5.7.</b> Виклику швидкої допомоги.</li> </ul> <p><b>11.6.</b> Перелік страхових ризиків та страхових випадків за конкретним Договором страхування встановлюється за згодою Сторін у відповідності до цих Загальних умов.</p>
<p><b>12.Умови страхового покриття за Договором страхування</b></p>	<p><b>12.1.</b> Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до дати набрання чинності Договору страхування або після закінчення дії Договору, або поза територією дії Договору страхування або поза строком дії страхового покриття.</p> <p><b>12.2.</b> Смерть Застрахованої особи не вважається такою, що настала, у випадку зникнення безвісти Застрахованої особи, в тому числі зникнення безвісти за особливих обставин, до моменту оголошення її судом померлою та видачою свідоцтва про смерть. Якщо Застрахована особа оголошена судом померлою, страхова виплата на випадок настання смерті Застрахованою особою може бути здійснена за умови, якщо дата смерті Застрахованої особи, зазначена у свідоцтві про смерть, припадає на період дії Договору страхування.</p>

	<p><b>12.3.</b> За цими Умовами відшкодовуються витрати на лікування Застрахованої особи за страховим ризиком «медичне страхування» у межах встановленої у Договорі страхування страхової суми або ліміту відповідальності до тих пір, доки стан здоров'я хворого за медичними показниками не дозволить виписати його з лікарні (стаціонару), але не більше 30 (тридцяти) календарних днів.</p> <p><b>12.4.</b> За Договором страхування може бути встановлений період очікування страхового випадку – окремо по кожному захворюванню або в цілому за Договором. Період очікування – проміжок часу від дати набрання чинності Договором, протягом якого страхове покриття за Договором не діє.</p> <p><b>12.5. Особливості страхового покриття для страхових випадків, пов'язаних з воєнними діями на території України:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- За страховими ризиками, передбаченими Договором страхування, покриваються пасивні воєнні ризики, відповідно <b>страховим випадком вважається</b> настання події, передбаченої Договором страхування, яка прямо або опосередковано настала внаслідок воєнних дій, як оголошених, так і не оголошених, бойових дій, воєнного вторгнення, військових навчань, та сталася із Застрахованою особою, яка знаходилась на дату настання страхового випадку в Україні на територіях, які офіційно <b>не ввійшли</b> до Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, що затверджений відповідним нормативно-правовим актом України та діяв на дату настання такого випадку (за винятком територій, віднесених відповідно до цього Переліку до територій можливих бойових дій).</li> </ul>
<p><b>13.Валюта Договору страхування</b></p>	<p><b>13.1.</b> Страхова сума зазначається в Договорі страхування в іноземній вільно конвертованій валюті - долари США або Євро в залежності від території дії Договору страхування, якщо територія дії Договору визначена Україна – в національній валюті (гривні)</p> <p><b>13.2.</b> Страховий внесок сплачується безготівковим шляхом лише у грошовій одиниці України для Страхувальників резидентів, та у іноземній вільноконвертованій валюті або у грошовій одиниці України для Страхувальників-нерезидентів, згідно з законодавством України.</p> <p><b>13.3.</b> Страхова виплата здійснюється у тій валюті, яка передбачена договором страхування, якщо інше не встановлено законодавством України.</p>
<p><b>14.Страхова сума</b></p>	<p><b>14.1.</b> Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін при укладенні Договору страхування або внесенні змін до Договору страхування, та встановлюється за Договором страхування в цілому. Якщо Договором страхування передбачене страхування за декількома класами страхування (ризиками у межах класів страхування), страхова сума зазначається за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування).</p> <p><b>14.2. Максимальний розмір страхової суми за Договором в цілому не може перевищувати 50 000 000,00 (п'ятдесят мільйонів) грн або еквівалент у дол.США або євро, при цьому максимальний розмір страхової суми на одну Застраховану особу не може перевищувати 2 500 000, 00 (два мільйони п'ятсот тисяч) грн або еквівалент у дол.США або євро.</b></p> <p><b>14.3.</b> В залежності від умов конкретного Договору страхування, в межах страхової суми за Договором, за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, іншими складовими, можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика, які зазначаються в Договорі страхування за згодою Сторін.</p> <p><b>14.4.</b> Загальна сума страхових виплат не може перевищувати розміру страхової суми встановленої за Договором страхування в цілому.</p>
<p><b>15.Страховий тариф</b></p>	<p><b>15.1.</b> Страховий тариф визначається як ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування) у разі укладення комплексного договору страхування та/або за Договорами страхування в цілому, у разі укладення за одним класом страхування. Базові страхові тарифи по страховому продукту визначаються у Додатку №1 до цих Загальних умов.</p>

	<p><b>15.2.</b> Конкретний розмір страхового тарифу визначається за згодою Сторін на підставі інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, повідомленої Страхувальником при укладенні Договору та зазначається у Договорі страхування за строк дії Договору страхування або за період страхування (для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування).</p>
<p><b>16.Страхова премія. Порядок і періодичність сплати страхових внесків</b></p>	<p><b>16.1.</b> Розмір страхової премії визначається за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування) у разі укладення комплексного договору страхування та/або за Договором страхування в цілому, у разі укладення за одним класом страхування.</p> <p><b>16.2.</b> Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування при страхуванні на підставі цих Загальних умов встановлюється у розмірі 50% від розміру страхової премії.</p> <p><b>16.3.</b> Страхова премія сплачується Страхувальником повністю одноразово при його укладенні або частинами з періодичністю, визначеною в Договорі страхування або за періоди страхування у розмірі та у строки, визначені в Договорі страхування (для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування). Сторони можуть обумовити інший порядок сплати страхової премії в Договорі страхування.</p>
<p><b>17.Франшиза</b></p>	<p><b>17.1.</b> Вид та розмір франшизи визначається за згодою Сторін та зазначається в Договорі страхування.</p>
<p><b>18.Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору</b></p>	<p><b>18.1. Страховик зобов'язаний:</b></p> <p><b>18.1.1.</b> Ознайомити Страхувальника перед укладенням Договору страхування доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника у спосіб, передбачений законодавством;</p> <p><b>18.1.2.</b> У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору;</p> <p><b>18.1.3.</b> У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті у відповідь на письмову заяву Страхувальника / Застрахованої особи, повідомити Страхувальника / Застраховану особу в письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови в строки, передбачені Договором;</p> <p><b>18.1.4.</b> З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб;</p> <p><b>18.1.5.</b> Виконувати інші обов'язки, передбачені умовами Договору страхування.</p> <p><b>18.2. Страховик має право:</b></p> <p><b>18.2.1.</b> На отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхової премії до укладення Договору;</p> <p><b>18.2.2.</b> Припинити дію договору страхування, у випадку несплати Страхувальником страхової премії та/або чергової частини страхової премії (у разі сплати частинами) або страхової премії за перший період страхування та/або наступний період страхування у розмірі та у строки, визначені Договором страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;</p> <p><b>18.2.3.</b> Відмовити у визнанні події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та здійсненні страхової виплати відповідно до положень цих Загальних умов та Договору страхування;</p> <p><b>18.2.4.</b> Відстрочити прийняття рішення про визнання або невизнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком на строк до 6 (шести) місяців у разі неможливості Страховиком з'ясувати причини, наслідки та</p>

обставини події, що має ознаки страхового випадку, на підставі наданих документів Страхувальником (іншою особою, визначеною Договором страхування). У випадку об'єктивної неможливості прийняття рішення Страховиком про визнання або невизнання випадку страховим, в тому числі у разі наявності справи, що розглядається в порядку адміністративного, цивільного, господарського чи кримінального судочинства, або наявності незавершеного досудового розслідування стосовно заявленої події, яка має ознаки страхового випадку, зупинити розгляд страхової справи по такій події до закінчення досудового розслідування та/або набрання законної сили судовим рішенням, від якого залежить рішення Страховика щодо визнання або невизнання випадку страховим.

**18.2.5.** Здійснювати комунікації із Страхувальником/Застрахованою особою, Вигодонабувачем, пов'язані із супроводженням Договору страхування, з фіксацією розмов технічними засобами, а також передавати відповідні повноваження третім особам;

**18.2.6.** З метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування, виконання та супроводження договору страхування, здійснювати відповідно до вимог законодавства України обробку персональних даних (збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення відомостей про фізичну особу), які Страхувальник надав Страховику. Право на обробку персональних даних, зазначене вище, поширюється на будь-яких третіх осіб, яким Страховик надав таке право відповідно до вимог законодавства України. Під персональними даними розуміються всі відомості, які Страхувальник надав Страховику при укладенні договору страхування;

**18.2.7.** Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов договору страхування, самостійно проводити перевірку обставин настання подій, що мають ознаки страхових випадків, у т. ч. відомості, що становлять медичну таємницю, робити запити про відомості, пов'язані із подією, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також може самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

**18.2.8.** Інші права, передбачені Договором страхування, законодавством та цими Загальними умовами страхового продукту.

### **18.3. Страхувальник зобов'язаний:**

**18.3.1.** Ознайомитись з інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника перед укладенням Договору страхування та виконувати умови Договору;

**18.3.2.** Сплачувати страхові премії у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

**18.3.3.** Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;

**18.3.4.** Підтвердити факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування;

**18.3.5.** Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

**18.3.6.** Повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного із об'єктом страхування, а саме життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи;

**18.3.7.** Повідомити Страховику відомості про об'єкт страхування, включаючи інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування та обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і

розміру можливих збитків);

**18.3.8.** Повідомити фізичних осіб про намір укласти Договір на їх користь у будь-який спосіб, при цьому якщо до моменту набрання Договором чинності Застрахована особа не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору щодо неї, то такий Договір вважається укладеним на користь Застрахованої особи на умовах, передбачених Договором;

**18.3.9.** Виконувати інші обов'язки, передбачені умовами Договору страхування.

#### **18.4. Страхувальник має право:**

**18.4.1.** Ініціювати внесення змін умов Договору страхування за згодою Страховика;

**18.4.2.** Відмовитись від Договору страхування на умовах визначених у розділі 20 цих Загальних умов;

**18.4.3.** Достроково припинити дію Договору в порядку та на умовах, передбачених в Договором страхування;

**18.4.4.** Вимагати здійснення страхової виплати у випадках і на умовах, викладених у Договорі страхування;

**18.4.5.** У разі відмови Страховика у виплаті, вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин відмови;

**18.4.6.** Оскаржити рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати за Договором у судовому порядку;

**18.4.7.** Одержати інформацію про Страховика згідно з чинним законодавством України та отримувати інформацію за Договором страхування;

**18.4.8.** За погодженням із Страховиком, передавати свої права та обов'язки за Договором страхування іншій особі.

**18.5.** Сторони Договору страхування можуть мати інші права та обов'язки згідно з умовами, погодженими сторонами в Договорі страхування, а також відповідно до чинного законодавства України.

**18.6.** Сторони зобов'язані протягом 30 (тридцяти) календарних днів повідомляти одна одну про зміну найменування, адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків відповідно до умов Договору страхування.

**18.7.** Інформація наведена у Договорі страхування відноситься до таємниці страхування відповідно до Закону України «Про страхування». Таємниця страхування захищається від передавання третім особам та не підлягає розголошенню, крім випадків, передбачених законом та/або за згодою особи, якої стосується така інформація. Особа винувата у розголошенні таємниці страхування несе відповідальність передбачену чинним законодавством України.

**18.8.** Заміна Страховика у Договорі страхування може бути здійснена шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та Страхувальником або договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону України «Про страхування».

**18.9.** За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

**18.9.1.** Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** від суми невчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше **10%** від розміру заборгованості.

**18.9.2.** Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, у випадку порушення Страхувальником будь-яких грошових зобов'язань за Договором страхування, останній сплачує Страховику пеню у розмірі **0,01%** від суми заборгованості за кожен календарний день прострочення платежу.

	<p><b>18.9.3.</b> Сторони домовилися, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).</p>
<p><b>19.Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, їх правові наслідки</b></p>	<p><b>19.1.</b> Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика як шляхом підписання Додаткової угоди до договору страхування, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає, а також у інший спосіб та порядок, що не суперечить законодавству України.</p> <p><b>19.2.</b> 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., якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.</p> <p><b>19.3.</b> У разі незгоди однієї із Сторін на внесення змін у Договір страхування такий Договір продовжує діяти на попередніх умовах, крім випадку, коли запропоновані Страховиком зміни до Договору страхування пов'язані із змінами обставин, якими Сторони керувались під час укладення Договору страхування та/або внесення змін до його умов, та Сторони не дійшли згоди з приводу внесення змін до Договору страхування, Страховик в односторонньому порядку має право ініціювати дострокове припинення дії такого Договору. При цьому дія Договору страхування достроково припиняється на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення Страховиком Страхувальника про реалізацію цього права.</p> <p><b>19.4.</b> За письмовою заявою Страхувальник має право протягом дії Договору страхування передати свої права та обов'язки за Договором страхування іншій особі за умови її письмової згоди та згоди Страховика, що оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування.</p> <p><b>19.5.</b> Страховик має право передати права та обов'язки за Договором страхування іншому Страховику, який має відповідну ліцензію, за умови згоди Страхувальника, що оформлюється тристоронньою додатковою угодою до договору страхування.</p> <p><b>19.6.</b> Будь-яке волевиявлення однієї Сторони вважається остаточно здійсненим з дати отримання його іншою Стороною.</p> <p><b>19.7.</b> Якщо Сторона змінила своє найменування та/або постійне місцезнаходження та/або адресу, за якою мала надходити кореспонденція, і не повідомила про це іншу Сторону, для здійснення будь-якого волевиявлення за Договором страхування другій Стороні достатньо надіслати листа за останніми відомими реквізитами першої Сторони. Таке волевиявлення другої Сторони вважається остаточно здійсненим з моменту, в якому перша Сторона отримала б його без зміни адреси для листування.</p> <p><b>19.8.</b> Документи, для яких встановлено строк повідомлення Страховика, вважаються наданими Страховикові у момент, коли їх доставлено за місцезнаходженням та/або електронною адресою Страховика та зареєстровано Страховиком.</p> <p><b>19.9. Підставами припинення дії Договору є:</b></p> <p><b>19.9.1.припинення дії Договору за згодою Сторін.</b> У такому випадку Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення, а саме порядок повернення та розрахунок суми страхової премії або її частини, що підлягають поверненню страхувальнику;</p> <p><b>19.9.2. припинення дії Договору у випадках, передбачених частиною 1 статті 105 Закону України «Про страхування», а саме:</b></p>

**19.9.2.1.** закінчення строку дії Договору. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику;

**19.9.2.2.** виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику;

**19.9.2.3.** несплати Страхувальником чергової частини страхової премії (у разі сплати страхового внеску частинами) або страхової премії за перший період страхування та/або наступний період страхування (для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування) у встановлений Договором строк, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

**19.9.2.4.** ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачену страхову премію особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору (періоду страхування), з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування;

**19.9.2.5.** ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;

**19.9.2.6.** набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду;

**19.2.9.7.** в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

**19.9.3.** Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціююча Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. При цьому:

**19.9.3.1.** У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору або періоду страхування (для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування), з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю, а за договорами страхування, строк яких визначається періодами - страхову премію за період, у якому відбувається припинення договору страхування.

**19.9.3.2.** У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачену ним страхову премію, а за договорами страхування, строк яких визначається періодами - страхову премію за період, у якому відбувається припинення договору страхування.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору або періоду страхування (для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування), з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені

	<p>за Договором страхування.</p> <p><b>19.10.</b> Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися нерегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття страховиком рішення про визнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та здійснення страхової виплати або прийняття страховиком рішення про невизнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та/або прийняття страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.</p> <p><b>19.11.</b> У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія була сплачена в безготівковій формі.</p> <p><b>19.12.</b> Повернення сплаченої страхової премії або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування.</p>
<p><b>20.Порядок відмови від Договору страхування</b></p>	<p><b>20.1.</b> Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дати укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, окрім:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</li> <li>– договорів страхування за якими повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.</li> </ul> <p><b>20.2.</b> Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика шляхом направлення заяви на відмову від Договору страхування у довільній формі. Така заява може бути подана Страховику у письмовій (електронній) формі.</p> <p><b>20.3.</b> Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання від Страхувальника заяви на відмову від Договору страхування повернути йому сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
<p><b>21.Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку</b></p>	<p><b>21.1.</b> При настанні обставин, які можуть призвести до настання страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний вживати всіх необхідних заходів по запобіганню і зменшенню шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.</p> <p><b>21.2.</b> Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, у разі настання страхового випадку за страховим ризиком за класом страхування 1 «нещасний випадок, уключаючи нещасний випадок на транспорті» (п.11.4. цих Загальних умов), якщо його покриття передбачено умовами конкретного Договору страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:</p> <p><b>21.2.1.</b> Протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Страховика про її настання у будь-який зручний для Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємців або Вигодонабувачів спосіб, визначений у Договорі страхування.</p> <p><b>21.2.2.</b> Протягом строку, зазначеного в Договорі страхування, звернутися із заявою про виплату, встановленої Страховиком форми. У випадку, якщо виконання вказаних вимог було неможливе, Застрахована особа (її представник) зобов'язаний надати документальне підтвердження наявності поважних причин;</p> <p><b>21.2.3.</b> Протягом строку, зазначеного в Договорі страхування, надати Страховикові достовірні дані про факт та обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію та перелік документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Договором страхування.</p> <p><b>21.2.4.</b> Виконувати інші дії, на вимогу Страховика, передбачені умовами конкретного Договору страхування.</p> <p><b>21.3.</b> Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування,</p>

у разі настання страхового випадку за страховим ризиком за класом страхування 2 «страхування на випадок хвороби» (п.11.2. цих Загальних умов), якщо його покриття передбачено умовами конкретного Договору страхування, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язаний:

**21.3.1.** Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємців або Вигодонабувачів спосіб, визначений у Договорі страхування.

**21.3.2.** Протягом строку, зазначеного в Договорі страхування, з дня встановлення діагнозу хвороби або закінчення лікування Застрахованої особи, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язана звернутися із заявою про виплату, встановленої Страховиком форми, та надати перелік документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Договором страхування.

**21.3.3.** Виконувати інші дії, на вимогу Страховика, передбачені умовами конкретного Договору страхування.

**21.4.** Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, у разі настання страхового випадку за страховим ризиком за класом страхування 2 «медичним страхуванням» (п.11.1. цих Загальних умов), якщо його покриття передбачено умовами конкретного Договору страхування, Застрахована особа невідкладно (до звернення в Медичний заклад) зобов'язана:

**21.4.1.** Повідомити Страховика або Асистуючу компанію за контактними даними, вказаними в Договорі страхування, та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Договору страхування (полісу) Застрахованої особи та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика.

**21.4.2.** Якщо звернення до Страховика та/або Асистуючої компанії є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я і Застрахованій особі надана невідкладна медична допомога, при першій нагоді, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин, як тільки стан здоров'я стабілізується, будь-яким чином повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про отримання такої допомоги. Повідомлення має надійти не пізніше дати виписки Застрахованої особи з медичного закладу.

**21.4.3.** Після отримання повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку Страховик та/або Асистуюча компанія, за відсутності підстав для відмови у страховій виплаті, організовує у строк не більше 5 робочих днів з дати повідомлення, якщо інший строк не передбачений договором страхування, надання Застрахованій особі відповідних видів медичної допомоги та послуг, передбачених Договором страхування, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик та/або Асистуюча компанія замовляє для Застрахованої особи певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з Медичним закладом.

**21.4.4.** Інший порядок повідомлення Страховика про подію, що має ознаки страхового випадку допускається лише у випадках, самостійного звернення Застрахованої особи в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком понесених витрат Застрахованої особи), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, а саме:

– в екстрених випадках (при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Страховика до звернення в медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість, але не пізніше 48 годин з моменту настання випадку. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником та/або родичами Застрахованої особи, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої

	<p>особи, обставини настання події та номер договору страхування (полісу) Застрахованої особи;</p> <p>– за погодженням зі Страховиком, коли Застрахована особа своєчасно повідомила Страховика, але через відсутність договірних відносин з медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг за місцезнаходженням Застрахованої особи, Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги.</p> <p><b>21.4.5.</b> При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком та/або Асистуючою компанією, медичні послуги Застрахованій особі надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує її особу.</p> <p><b>21.5.</b> Умовами конкретного Договору страхування може передбачатися інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, залежно від умов страхового покриття, обраних Страхувальником при укладенні Договору страхування.</p> <p><b>21.6.</b> Детальний порядок звернення та отримання медичної допомоги Застрахованою особою зазначається в конкретному Договорі страхування.</p>
<p><b>22.Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат.</b></p>	<p><b>22.1.</b> Якщо інше не передбачено умовами Договору, строк прийняття рішення про визнання або не визнання події страховим випадком становить 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів, передбачених умовами Договору страхування. Протягом вказаного строку Страховик:</p> <p><b>22.1.1.</b> Приймає рішення про визнання події страховим випадком та про здійснення страхової виплати і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати, або</p> <p><b>22.1.2.</b> Приймає обґрунтоване рішення не визнання події страховим випадком та про відмову у здійсненні страхової виплати, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.</p> <p><b>22.2.</b> Перелік необхідних документів для здійснення страхової виплати, що підтверджують настання страхового випадку, а також форма, спосіб та порядок подання документів визначаються умовами конкретного Договору страхування.</p> <p><b>22.2.1.</b> Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування форма, спосіб та порядок подання документів для здійснення страхової виплати за Договором страхування визначаються з урахуванням наступного:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) До розгляду можуть бути прийняті копії документів, у тому числі в електронному вигляді.</li> <li>2) Копією документу за Договором 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. На вимогу Страховика та у визначений ними термін Страхувальник/Застрахована особа зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник/Застрахована особа гарантує, що копії документів (у тому числі 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, особа, яка отримала страхову виплату, зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.</li> <li>3) Документ, цифрова копія якого надається Страховику, має відповідати наступним вимогам: <ul style="list-style-type: none"> <li>- повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду; - документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls,</li> </ul> </li> </ol>

	<p>.xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);</li> <li>- має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.</li> </ul> <p><b>22.3.</b> Договором страхування можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку:</p> <p><b>22.3.1.</b> фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;</p> <p><b>22.3.2.</b> відшкодування понесених витрат у межах страхової суми (ліміту відповідальності) на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;</p> <p><b>22.3.3.</b> поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.</p> <p><b>22.4.</b> Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, загальна сума страхових виплат Застрахованим особам за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії Договору не може перевищувати страхової суми за Договором страхування, за вирахуванням франшизи та раніше здійснених страхових виплат, з урахуванням лімітів відповідальності Страховика, встановлених в конкретному Договорі страхування.</p> <p><b>22.5.</b> Договором може бути передбачено здійснення страхової виплати:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика та/або Асистуючої компанії (в межах переліку видів допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору), або</li> <li>- безпосередньо Застрахованій особі у безготівковій формі. Якщо внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованої особи – страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі за банківськими реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати, складеній за формою, наданою Страховиком.</li> </ul> <p><b>22.6.</b> Договором страхування можуть бути передбачені інші строки та порядок прийняття рішення про здійснення страхової виплати, відмову у здійсненні страхової виплати або відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати, та порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат.</p>
<p><b>23.Порядок укладення Договору страхування</b></p>	<p><b>23.1.</b> Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення договору страхування. Таке інформування здійснюється відповідно до чинного законодавства шляхом розкриття відповідної інформації та розміщення її на веб-сайті Страховика <a href="https://taslife.com.ua/">https://taslife.com.ua/</a> для доступу та самостійного ознайомлення клієнтами / Страхувальниками та іншими особами, на користь яких укладаються договори страхування.</p> <p><b>23.2.</b> За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит клієнта останньому надається безоплатна індивідуальна консультація, яку Страховик (страховий посередник) надає клієнту щодо умов страхових продуктів, що пропонуються, та рекомендації (пропозиції), який страховий продукт максимально відповідатиме вимогам та потребам клієнта у страхуванні.</p> <p><b>23.3.</b> Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування уключаючи обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності</p>

настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- загальна кількість Застрахованих осіб (якщо відомо Страхувальнику на дату укладення Договору);
- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- бажаний розмір страхового покриття (страхову суму за Договором страхування, ліміт відповідальності на кожен Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних медичних та інших послуг;
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими ризиками чи опціями;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;
- бажана кількість періодів страхування в межах строку дії Договору;
- професія, рід занять Застрахованої особи (якщо відомо Страхувальнику на дату укладення Договору);
- вид спорту, яким займається Застрахована особа (у разі, якщо страхове покриття за Договором має діяти під час занять Застрахованої особи спортом);
- час, на який необхідне страхове покриття.

**23.3.1.** Договір може укладатися на умовах знеособленого страхування без зазначення в тексті Договору повного переліку ідентифікаційних даних кожної застрахованої особи та загальної кількості застрахованих осіб. При цьому Страхувальник зобов'язаний надати Страховику інформацію про застрахованих осіб в обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної застрахованої особи.

**23.3.2.** Мінімальним обсягом інформації щодо кожної застрахованої особи має бути унікальний ідентифікатор (наприклад, табельний номер, внутрішній реєстраційний номер, тощо) або інший ідентифікатор чи інформація, погоджена Сторонами у договорі страхування.

**23.4.** Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, одним із наступних способів:

**23.4.1.** у паперовій формі; або

**23.4.2.** у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг»; або

**23.4.3.** у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію.

**23.5.** Надання Страхувальнику примірника Договору страхування здійснюється з урахуванням наступного:

**23.5.1.** примірник Договору страхування, укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком (посередником) Страхувальнику одразу після його підписання сторонами;

**23.5.2.** відправлення примірника Договору, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються у погоджений Страхувальником спосіб, зазначений у Договорі страхування, у порядку, передбаченому Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг» або Законом України "Про електронну комерцію". Якщо Договором страхування не передбачено інше примірник Договору страхування направляється Страхувальнику за контактними даними, вказаними в Договорі страхування.

**23.6.** Договори, передбачені пунктом 23.4.3. цих Загальних умов, укладаються у порядку, встановленому Законом України «Про електронну комерцію» та з

	<p>урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ.</p> <p><b>23.7.</b> Зміни до Договору страхування надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір, до якого зміни вносяться, якщо інше не визначено таким Договором або законом.</p>
<p><b>24. Підстави відмови у страховій виплаті</b></p>	<p><b>24.1.</b> Порядок прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в Договорі страхування.</p> <p><b>24.2.</b> У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого Договором страхування або законодавством, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.</p> <p><b>24.3.</b> Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:</p> <p><b>24.3.1.</b> навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;</p> <p><b>24.3.2.</b> вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p><b>24.3.3.</b> подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, або про факт настання страхового випадку;</p> <p><b>24.3.4.</b> несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості або створенні Страховику перешкод у визначенні факту, причини та обставини настання страхового випадку;</p> <p><b>24.3.5.</b> ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором страхування; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору;</p> <p><b>24.3.6.</b> наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Загальними умовами та/або Договором страхування;</p> <p><b>24.3.7.</b> відмова Застрахованої особи від проходження запропонованого та/або організованого Страховиком медичного обстеження (огляду, дослідження) або не проходження такого обстеження у визначений Страховиком термін;</p> <p><b>24.3.8.</b> невиконання Страхувальником, Застрахованою особою обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);</p> <p><b>24.3.9.</b> настання події, що не підпадає під визначення страхового випадку згідно з умовами Договору страхування;</p> <p><b>24.3.10.</b> за наявності інших підстав, передбачених ст. 104 Закону України «Про страхування» (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Договором).</p> <p><b>24.4.</b> Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником / Вигодонабувачем у судовому порядку.</p> <p><b>24.5.</b> Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.</p>
<p><b>25. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування</b></p>	<p><b>25.1.</b> Не вважаються страховими випадками смерть або наслідки нещасного випадку або захворювання, що сталися із Застрахованою особою, і страхова виплата не здійснюється, якщо вони сталися внаслідок:</p> <p><b>25.1.1.</b> вчинення або спроби вчинення злочину безпосередньо Застрахованою</p>

	<p>особою (спадкоємцями Застрахованої особи) або за її (їх) участі, незалежно від її психічного стану;</p> <p><b>25.1.2.</b> Самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства;</p> <p><b>25.1.3.</b> Застосування будь-якого виду зброї масового ураження, в тому числі ядерної, хімічної та біологічної зброї, в тому числі впливу ядерного вибуху, викиду радіоактивних речовин, впливу іонізуючого випромінювання;</p> <p><b>25.1.3.</b> Вживання алкоголю (наявність в крові алкоголю, що перевищує 0,3 ‰) або будь-яких його замінників, наркотичних, психотропних або токсичних речовин, їх аналогів або прекурсорів; прийняття ліків чи проведення будь-якого лікування без призначення лікарем, в тому числі вчинення Застрахованою особою дій, що призвели до настання нещасного випадку, в стані алкогольного сп'яніння (наявність в крові алкоголю, що перевищує 0,3 ‰), або під дією наркотичних, психотропних або токсичних речовин, їх аналогів або прекурсорів;</p> <p><b>25.1.4.</b> Захворювання, пов'язаного з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією, а також захворюваннями, що прямо чи опосередковано обумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ/СНІД);</p> <p><b>25.1.5.</b> Захворювання, що передається статевим шляхом (сифіліс, гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, генітальний герпес, ВПЛ);</p> <p><b>25.1.6.</b> Різного роду психічних розладів поведінки, неврозів, хімічної залежності, паралічів, епілептичних нападів та інших судом;</p> <p><b>25.1.7.</b> Війни (оголошеної та неоголошеної), в тому числі громадянської, гібридної, збройного конфлікту, військових (бойових) дій, а також маневрів або інших військових заходів, терористичних актів, народних хвилювань усякого роду або страйків. Дія даного пункту не розповсюджується на територію України на, якій Страховик погодився покривати пасивні військові ризики.</p> <p><b>25.2.</b> Сторони в Договорі страхування можуть розширити або звужити чи погодити виключення зі страхових випадків та обмеження страхуванні інші, ніж вказані у цьому розділі.</p>
<p><b>26.Порядок вирішення спорів</b></p>	<p><b>26.1.</b> Споры за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.</p> <p><b>26.2.</b> Споры між Страховиком і Страхувальником 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.</p> <p><b>26.3.</b> Споры за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.</p> <p><b>26.4.</b> Споры між Страховиком і Страхувальником 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.</p> <p><b>26.5.</b> При неможливості врегулювання спірних питань, спір передається на розгляд у відповідний суд, згідно чинного законодавства України.</p>
<p><b>27.Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку</b></p>	<p><b>27.1.</b> Контактні дані Страховика для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, вказуються в конкретному Договорі страхування.</p> <p><b>27.2.</b> Якщо інше не передбачено конкретним Договором страхування, звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, здійснюється за такими контактними даними Страховика:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- зателефонувавши за номером <b>044 5373740</b>, або</li> <li>- написавши на електронну адресу <a href="mailto:sktas@taslife.com.ua">sktas@taslife.com.ua</a>, або</li> <li>- заповнивши форму на сайті: <a href="https://taslife.com.ua/strahova-podiva">https://taslife.com.ua/strahova-podiva</a>.</li> </ul>
<p><b>28.Інші умови</b></p>	<p><b>28.1.</b> Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами, не є Стандартним страховим продуктом.</p>

**28.2.** Сторони залишають за собою право призупиняти взаємні обов'язки за договорами страхування, укладеним на підставі цих Загальних умов страхового продукту, у випадку введення надзвичайного стану та інших ситуаціях, оголошених у встановленому порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил, діям яких неможливо запобігти або уникнути, на період виникнення цих обставин.

**28.3.** Інформація про черговість задоволення вимог споживачів за договорами страхування, які можуть виникнути в разі визнання Страховика банкрутом, відповідно до частини 9 статті 92 Кодексу України з процедур банкрутства розміщена на сайті Страховика за посиланням: [https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/poryadok-po-bankrutstvu\\_web.pdf](https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/poryadok-po-bankrutstvu_web.pdf).

**28.4.** Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше 1 (одного) місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше 15 (п'ятнадцяти) днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати 45 (сорока п'яти) днів. Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном 0 (44) 537 37 40 чи письмовим на електронну пошту: [sktas@taslife.com.ua](mailto:sktas@taslife.com.ua) або засобами поштового зв'язку на адресу Страховика: Україна, 01001, м. Київ, вулиця Руставелі Шота, буд. 16, 6-й поверх. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua), використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240), а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду. Детальніше з порядком розгляду звернень споживачів до Страховика, а також інформацію про захист прав споживачів можна ознайомитись на сайті Страховика за посиланням: [https://taslife.com.ua/important\\_info/zahystspozuvachiv](https://taslife.com.ua/important_info/zahystspozuvachiv).

**Додаток №1 до Загальних умов  
страхового продукту «ТАСКО» (редакція - 02)**

1. Страховий тариф за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування) та/або за Договорами страхування в цілому укладеним за цим страховим продуктом визначається як ставка страхового внеску у відсотках (або частках) від страхової суми за кожним класом страхування (кожним ризиком у межах класів страхування) та/або за Договорами страхування в цілому з урахуванням базових тарифних ставок та коефіцієнтів корегування тарифу.

**2. Базові тарифні ставки:**

2.1. Клас страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»:

2.1.1. Базова річна тарифна ставка за ризиком «нещасний випадок, уключаючи нещасний випадок на транспорті» - **від 0,01% до 1,5%** від страхової суми / ліміту відповідальності на одну Застраховану особу в залежності від переліку страхових випадків.

2.2. Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»:

2.2.1 Базова річна тарифна ставка за ризиком «Страхування на випадок хвороби» – **від 0,1% до 2,5%** від страхової суми / ліміту відповідальності на одну Застраховану особу в залежності від переліку страхових випадків.

2.2.2 Базова річна тарифна ставка за ризиком «Медичне страхування» – **0,5%** від страхової суми / ліміту відповідальності на одну Застраховану особу в залежності від переліку та обсягу медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, передбачених договором страхування.

**3. Коригування базового тарифу.** До базових тарифних ставок андеррайтером можуть застосовуватись коригуючі коефіцієнти з урахуванням наступних факторів, передбачених конкретним договором страхування:

- обсяг страхового покриття (строк страхового покриття) та перелік страхових випадків (причини настання страхових випадків);
- розмір страхової суми / ліміту відповідальності на одну Застраховану особу;
- строк дії договору страхування, періоди страхування;
- території дії договору страхування (включаючи покриття пасивних воєнних ризиків);
- наявність та тривалість періоду очікування вступу в дію страхового покриття;
- наявність та розмір франшизи;
- особливості діяльності страхувальника/застрахованої особи (включаючи професійні, спортивні ризики);
- фактичний розмір страхових вимог за попередніми договорами страхування або очікуваний розмір страхових виплат за договором;
- фактичний розмір страхових вимог в звітному або попередніх страхових періодах (місяці, кварталі, році);
- співвідношення страхових виплат до витрат, які понесені Страховиком у зв'язку з укладання та обслуговуванням Договору страхування;
- результати андеррайтингу та оцінки страхового ризику;
- кількість застрахованих осіб;
- вік застрахованих осіб;
- стан здоров'я застрахованих осіб;
- умови та порядок здійснення страхових виплат.

Остаточний страховий тариф визначається як добуток базової тарифної ставки та коригуючого коефіцієнта. **Діапазон коригуючих коефіцієнтів: від 0,01 до 500,0.**

4. За даним страховим продуктом допускається модель визначення страхового тарифу на основі коригування базової тарифної ставки з урахуванням фактичного рівня збитковості (loss ratio). При застосуванні такої моделі:

4.1. Базова тарифна ставка застосовується для розрахунку початкової страхової премії на момент укладення договору страхування або на початок чергового періоду страхування (місяця, кварталу).

4.2. Коригуючий коефіцієнт до базової тарифної ставки визначається періодично (щомісяця, щокварталу, щороку) на основі фактичного рівня збитковості за попередній звітний період. Рівень збитковості (loss ratio) розраховується як співвідношення суми фактичних страхових виплат та резервів збитків до суми отриманих страхових премій за відповідний період.

**4.3.** У разі перевищення фактичних страхових виплат та резервів збитків над сплаченою страховою премією за вирахуванням витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договору страхування за відповідний період страхування, Страхувальник зобов'язаний здійснити додаткові платежі (донарахування страхової премії) у розмірі, що забезпечує покриття фактичних витрат Страховика на страхові виплати та ведення справи, але не більше визначеної договором максимальної страхової премії. Умови та порядок розрахунку таких платежів визначається Договором страхування.

**5.** Конкретний порядок та періодичність коригування тарифу, розрахунку додаткових платежів, а також цільовий рівень збитковості та застосовані коригуючі коефіцієнти встановлюються в договорі страхування за згодою Сторін.