

м. Київ



Голова Правління

А.Л. Власенко

«16» березня 2023 року

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЖИТТЯ «ТАС - Лікар»

(нова редакція)

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Дані визначення застосовуються до всіх розділів умов цієї Програми. В умовах цієї Програми терміни та слова вживаються у наступному значенні:

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

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

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

Країна призначення – країна, де Застрахована особа, відповідно до Договору страхування, має право на отримання медичної допомоги.

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

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

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

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

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

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

Операція – інвазивна хірургічна процедура - проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. В тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного променя, для діагностики і лікування, а також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

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

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

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

2. СТРАХУВАЛЬНИК. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

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

2.2. Застрахована особа - фізична особа-резидент, зазначена у Договорі страхування життя, майнові інтереси якої, що пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування. Страхувальник може укладати Договір страхування як про страхування власного життя, так і про страхування життя третьої особи (Застрахованої особи) за її згодою. Застрахованою особою може бути особа, вік якої на момент укладення Договору страхування не перевищує 64 (шістдесяти чотирьох) повних років.

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

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

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

За результатами відповідної оцінки страхового ризику Страховик має право зробити коригування розміру страхового внеску, або укласти Договір страхування із обмеженим страховим покриттям.

На страхування не приймаються особи, які займаються спортом професійно, які є інвалідами I, II, III групи, онкологічними хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (врожені вади серця, стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування,

інсульт тощо), хворими на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховику про обставини, зазначені у цьому пункті, або повідомив про Застраховану особу завідомо неправдиві відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті та припинити дію Договору страхування стосовно таких осіб.

3. ВИГОДОНАБУВАЧ

Вигодонабувач за Договором страхування призначається Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку.

4. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

Страховими випадками за цією програмою страхування є:

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

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

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

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

Виключеннями зі страхового покриття є:

1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;
2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
3. Захворювання шкіри наступних типів:
 - a. Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
 - b. Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);
5. Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;
6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.)

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

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

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

В тому числі, страховим випадком буде вважатися критичний стан Застрахованої особи, що

вимагає **хірургічної операції з пластики судин серця, стентування, або хірургічного лікування порушень серцевого ритму.**

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

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

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

Ургентні стани Застрахованої особи, описані у п.4.2.2 та 4.2.3 цієї Програми, що потребують проведення екстреного (невідкладного) лікування, не визнаються страховим випадком, відповідно до п.4.2 цієї Програми.

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

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

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

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

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

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

4.2.5.1. Захворювання і травми головного мозку:

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

4.2.5.2. Захворювання і травми спинного мозку та хребта:

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

4.2.5.3. Захворювання і травми опорно-рухової системи, що призвели до:

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

Протягом дії Договору страхування страховим випадком вважається нещасний випадок або захворювання, яким почала страждати Застрахована особа, або яке було діагностовано, або про нього стало відомо їй вперше після закінчення періоду очікування, визначеного цією Програмою, та в результаті якого Застрахованій особі, згідно з висновком сертифікованого медичного фахівця, підтвердженого Страховиком, рекомендоване проходження Застрахованою особою реабілітаційної програми, передбаченої умовами цієї Програми. У медичному висновку повинно бути зазначено, що Застрахована особа, за станом здоров'я, потребує проходження реабілітаційної програми та її проходження здатне привести до позитивних результатів.

4.2.6. Активна фаза туберкульозу (надалі - Туберкульоз) - це інфекційне захворювання легеневої та позалегеневої форми, збудником якого є мікобактерії, яке було вперше виявлене в період дії договору страхування та потребує лікування саме його активної фази (МТБ+), включаючи хіміотерапію, хірургічне лікування, патогенетичне лікування та колапсотерапія.

Діагноз туберкульозу встановлюється лікарем - фтизіатром на підставі анамнезу, клінічної картини, а також результатів, як мінімум, двох із нижчеперелічених методів дослідження:

- рентгенологічного дослідження (фіброзні і осередкові освіти органів з перифокальною реакцією чи інфільтративні зміни з деструкцією);
- біопсії (характерні морфологічні зміни у уражених органах);
- бактеріологічного дослідження (виявлення мікобактерій туберкульозу в сечі, що відокремлюється нориці та іншому патологічному матеріалі);
- туберкулінодіagnostики, заснованої на застосуванні туберкулінових проб.

Виключеннями зі страхового покриття є:

- рецидив туберкульозу - активізація туберкульозу, підтверджена виділенням культури мікобактерій або наявністю клінічних та рентгенологічних ознак туберкульозу, в осіб, які раніше хворіли на туберкульоз і вважалися вилікованими.

4.2.7. Гепатит С – це гостре або хронічне інфекційне захворювання, яке діагностоване вперше під час дії договору страхування та підтверджене висновком лікарем – інфекціоністом. Страховим випадком вважається захворювання на Гепатит С, що потребує лікування, в тому числі лікування його ускладнень. Захворювання має бути діагностоване згідно з діючими інструкціями з діагностики та лікування.

Витрати на лікування згідно цієї програми Страховик покриває до завершення лікування або до моменту трансплантації печінки.

Виключеннями зі страхового покриття є:

- витрати на лікування, обстеження, які безпосередньо пов'язані із трансплантацією печінки;
- гепатит С, який виник на фоні СНІДу або ВІЛ- інфекції, вживання алкоголю, наркотичних, психотропних або токсичних речовин, їх аналогів або прекурсорів.

4.2.8. Критичний стан Застрахованої особи, який виник внаслідок отримання масивних (важких) опіків та вимагає хірургічного втручання щодо пересадки шкіри, як шляхом пересадки власного епідермісу так і з використанням ліофілізованої (штучної шкіри) (надалі – **Пересадка шкіри внаслідок опіків).**

Масивними / важкими опіками вважається пошкодження тканин, викликані термічними, хімічними або електричними факторами, що призвели до опіків шкіри, які потребують пересадки шкіри.

Страховим випадком вважається підтверджена лікарем-хірургом критичний стан організму після опіків шкіри, який потребує пересадки шкіри, як шляхом пересадки власного епідермісу так і з використанням ліофілізованої (штучної) шкіри.

Виключення зі страхового покриття є:

- опіки, що не потребують трансплантації шкіри.

4.2.9. Критичний стан Застрахованої особи, який виник внаслідок будь-якого захворювання або нещасного випадку, що спричинило стійке і необоротне зниження зору, та було встановлене вперше протягом дії договору страхування (надалі - **Офтальмологія). Коректована гострота зору одного або обох очей повинна бути менше 0,3 (6/18) Діагноз часткової або постійної втрати зору має бути встановлений лікарем-офтальмологом після початку конкретної хвороби або нещасного випадку, що настав під час дії Договору страхування, та рекомендоване хірургічне або малоінвазивне лікування.**

Страховим випадком вважається захворювання або нещасний випадок, що спричинило стійке і необоротне зниження зору, при цьому Застрахована особа потребує хірургічного та/або малоінвазивного лікування, єдиною метою якого є збереження зору, в тому числі за допомогою пересадки рогівки.

Виключення зі страхового покриття є:

- лазерна та хірургічна корекція зору при коротко або дальнозорості;
- лазерне лікування вікової катаракти після 45 років.

4.3. Хірургічне втручання внаслідок хвороби, яка настала під час дії Договору страхування (надалі –Хірургічне втручання**).**

Страховим випадком за цим ризиком вважається фізичний (ургентний) стан, що описаний в умовах Програми та покривається згідно умов Договору страхування, та який виник у результаті одноразового раптового і несподіваного захворювання або травми, яка незалежно від будь-якої іншої причини є єдиною безпосередньою причиною захворювання, і вимагає хірургічного втручання, яке має виконуватися виключно в найближчій медичній установі і не може бути відкладений і вимагає негайного медичного втручання.

Страховим випадком за цим ризиком також вважається хірургічне втручання по трансплантації печінки, яка спричинена станом, що описаний в п.4.2.7 цієї Програми, якщо він був передбачений Договором страхування, дана умова не застосовується до пакету страхування «НейроСвіт» та «На максимумі VIP».

4.4. Додаткова опція «Міжнародна медична консультація» передбачає можливість для кожної Застрахованої особи отримати он-лайн консультацію лікарів міжнародного класу стосовно стану свого здоров'я протягом всього строку дії Договору страхування, за умови сплати страхових внесків, у строки, передбачені умовами Договору страхування. Застрахована особа через 30 днів

від дати набрання чинності Договору страхування має можливість скористатися додатковою опцією «Міжнародна медична консультація» за допомогою інтернет - платформи <https://www.diagnose.me/taslife> від партнера «Diagnose.me».

Умови користування додатковою опцією «Міжнародна медична консультація» розміщені на сайті Страховика www.taslife.com.ua.

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

5.1. Розмір страхової суми, страхового внеску, страхового тарифу та обсяг страхового покриття буде залежати від обраного пакету страхування. Інформація про обраний Страхувальником пакет страхування зазначається у Договорі страхування життя.

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

5.2. ПАКЕТИ СТРАХУВАННЯ

5.2.1. Пакети страхування, які передбачають страхове покриття із територією надання послуг медичними установами з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених цією Програмою, виключно в Україні.

Страхове покриття/Пакет страхування	5.2.1.1. Пакет страхування «Онко»	5.2.1.2. Пакет страхування «Кардіо»	5.2.1.3. Пакет страхування «Нейро»	5.2.1.4. Пакет страхування «На максимумі»
Страхова сума за страховим випадком «Втрата життя», євро	1,00	1,00	1,00	1,00
Страхова сума за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	100 000,00	150 000,00	200 000,00	250 000,00
Рак (злоякісне новоутворення), згідно з п.4.2.1. цієї Програми	Так	Так	Так	Так
Кардіохірургія, згідно з п.4.2.2.цієї Програми	Ні	Так	Так	Так
Нейрохірургія, згідно з п.4.2.3 цієї Програми.	Ні	Ні	Так	Так
Туберкульоз, згідно з п.4.2.6 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Гепатит С, згідно з п.4.2.7 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Пересадка шкіри внаслідок опіків, згідно з п. 4.2.8 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Офтальмологія, згідно з п.4.2.9 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Страхова сума за страховим випадком	-	3 000,00 (ургентні стани,	3 000,00 (ургентні	3 000,00 (ургентні стани,

«Хірургічне втручання» при ургентних станах, описаних в п.п.4.2.2. - 4.2.3, 4.2.6- 4.2.9 цієї Програми, якщо такий стан передбачений умовами Договору страхування, євро.		описані в п.п.4.2.2, та 4.2.6. - 4.2.9 цієї Програми, якщо такий стан передбачений умовами Договору страхування)	стани, описані в п.п.4.2.2. та 4.2.3 цієї Програми)	описані в п.п.4.2.2- 4.2.3, 4.2.6 – 4.2.9 цієї Програми)
Додаткова опція «Мінародна медична консультація»	Так	Так	Так	Так

Пакети страхування	«Онко»	«Кардіо»	«Нейро»	«На максимумі»
Вік Застрахованої особи	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років
Річний страховий внесок, євро	105,00	225,00	275,00	404,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	254,00	364,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	63,00	133,00	153,00	222,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	142,00	202,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	37,00	72,00	82,00	131,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	81,00	111,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	11,00	23,00	29,00	50,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	30,00	40,00	-	-

За умови страхування одночасно двох повнолітніх Застрахованих осіб, страховий внесок для другої Застрахованої особи за цією Програмою:

Річний страховий внесок, євро	95,00	205,00	250,00	384,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	224,00	344,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	57,00	115,00	141,00	202,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	122,00	182,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	30,00	66,00	74,00	111,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	71,00	101,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	9,00	19,00	26,00	40,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	20,00	30,00	-	-

5.2.2. Пакети страхування, які передбачають страхове покриття із територією надання послуг з діагностики та лікування: увесь світ, за погодженням Страховика, за винятком території США, Канади та Швейцарії.

Страхове покриття/Пакет страхування	5.2.2.1. Пакет страхування «ОнкоСвіт»	5.2.2.2. Пакет страхування «КардіоСвіт»	5.2.2.3. Пакет страхування «НейроСвіт»	5.2.2.4. Пакет страхування «На максимуміVIP»
Страхова сума за страховим випадком «Втрата життя», євро	1,00	1,00	1,00	1,00
Страхова сума за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	250 000,00	250 000,00	250 000,00	250 000,00
Рак (злоякісне новоутворення), згідно з п.4.2.1. цієї Програми	Так	Так	Так	Так

Кардіохірургія , згідно з п.4.2.2.цієї Програми	Ні	Так	Так	Так
Нейрохірургія , згідно з п.4.2.3 цієї Програми.	Ні	Ні	Так	Так
Трансплантація життєво важливих органів , згідно з п.4.2.4. цієї Програми	Ні	Ні	Так	Так
Реабілітація , згідно з п.4.2.5. цієї Програми	Ні	Ні	Так	Так
Туберкульоз , згідно з п.4.2.6 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Гепатит С , згідно з п.4.2.7 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Пересадка шкіри внаслідок опіків , згідно з п. 4.2.8 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Офтальмологія , згідно з п.4.2.9 цієї Програми	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Так/Ні (на вибір Страхувальника)	Ні	Так
Страхова сума за страховим випадком «Хірургічне втручання» при ургентних станах, описаних в п.п.4.2.2.-4.2.3 та 4.2.6-4.2.9 цієї Програми, якщо такий стан передбачений умовами Договору страхування, євро.	-	3 000,00 (ургентні стани, описані в п.п.4.2.2, та 4.2.6. - 4.2.9 цієї Програми, якщо такий стан передбачений умовами Договору страхування)	3 000,00 (ургентні стани, описані в п.п.4.2.2. та 4.2.3 цієї Програми)	3 000,00 (ургентні стани, описані в п.п.4.2.2-4.2.3, 4.2.6 – 4.2.9 цієї Програми)
Додаткова опція «Мінародна медична консультація»	Так	Так	Так	Так

Для Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17 (сімнадцяти) років включно до дня досягнення 18-річного віку				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимуміVIP»
Річний страховий внесок, євро	60,00	90,00	130,00	180,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	105,00	155,00	-	-
Піврічний страховий	33,00	53,00	73,00	103,00

внесок, євро				
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	63,00	93,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	17,00	27,00	37,00	52,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	32,00	42,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	6,00	11,00	16,00	21,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	11,00	16,00	-	-
За умови страхування одночасно двох Застрахованих осіб, страховий внесок для другої неповнолітньої Застрахованої особи за цією Програмою:				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимуміVIP»
Річний страховий внесок, євро	55,00	83,00	120,00	170,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	95,00	140,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	30,00	48,00	65,00	93,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	57,00	85,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	15,00	24,00	34,00	47,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	28,00	38,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	5,00	10,00	15,00	19,00

Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	10,00	13,00	-	-
---	-------	-------	---	---

Для Застрахованих осіб віком від 18 (вісімнадцяти) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимуміVIP»
Річний страховий внесок, євро	280,00	380,00	480,00	680,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	480,00	580,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	153,00	203,00	253,00	353,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	253,00	303,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	77,00	102,00	127,00	177,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	127,00	152,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	26,00	36,00	46,00	61,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	46,00	51,00	-	-

За умови страхування одночасно двох повнолітніх Застрахованих осіб, страховий внесок для другої Застрахованої особи за цією Програмою:

Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимуміVIP»
Річний страховий внесок, євро	250,00	345,00	430,00	615,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	430,00	525,00	-	-

Піврічний страховий внесок, євро	138,00	183,00	228,00	318,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	228,00	273,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	67,00	92,00	112,00	162,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	112,00	137,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	23,00	33,00	41,00	56,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.4.2.6-4.2.9 цієї Програми)	41,00	45,00	-	-

5.3. Страхова сума за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування» є зменшеною (агрегатною) страховою сумою, що розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору страхування та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом всього строку дії Договору страхування. Якщо страхова сума буде використана повністю, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором страхування припиняється та Договір страхування припиняє свою дію. При цьому страхова сума за страховим випадком «Хірургічне втручання» поновлюється на кожний наступний страховий рік.

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

5.5. Валюта страхування – євро.

5.6. Розмір страхової виплати за такими Договорами страхування для особи-резидента України розраховується за офіційним курсом Національного банку України на дату здійснення такої виплати.

Сума страхового внеску, що підлягає сплаті, для особи-резидента України розраховується також за офіційним курсом Національного банку України на дату сплати страхового внеску.

5.7. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий внесок у строк, передбачений Договором страхування, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими цією Програмою, автоматично продовжується

на пільговий період – 30 (тридцять) календарних днів. При цьому, Страховик визнає випадок страховим, якщо він стався протягом пільгового періоду, виключно за умови сплати чергового страхового внеску протягом періоду, зазначеного в цьому пункті. У разі не сплати чергового страхового внеску у вищезазначений період - Договір страхування припиняє свою дію та Страховик звільняється від зобов'язань по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, що настали після дати, в яку повинен бути сплачений черговий страховий внесок за Договором страхування.

5.8. У випадку змін умов цієї Програми, що збільшують обов'язки Страховика без зміни розміру страхового внеску, Договір страхування укладений на підставі цієї Програми продовжує діяти на наступний страховий рік згідно нових умов цієї Програми, які будуть викладені у новій редакції. Якщо такі зміни умов впливають на розмір страхового внеску за Договором страхування, тоді Договір страхування може бути продовжений на наступний страховий рік на нових умовах Програми, що будуть викладені у новій редакції, тільки за згоди Страхувальника

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

6.1. Строк дії Договору страхування визначається у Заяві на укладення Договору страхування та вказується у Полісі страхування життя.

6.1.1. Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску на рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, обумовленій Договором страхування, але не раніше дати зазначеної в Договорі страхування, та діє до 24 годин 00 хвилин дня, вказаного в Договорі страхування як дата закінчення його дії.

6.2. Страхове покриття за страховими ризиками, передбаченими цією Програмою, а саме: «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Реабілітація», «Туберкульоз», «Гепатит С», «Пересадка шкіри внаслідок опіків», «Офтальмологія», а також для страхового випадку «Хірургічне втручання» вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування, а «Трансплантація життєво важливих органів» починає діяти після закінчення періоду очікування - 180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування. Захворювання та/або критичний стан, що визначені в п. 4.2. цієї Програми, які діагностовані у Застрахованої особи протягом періоду очікування, не вважаються Страховиком страховими випадками і страхова виплата не здійснюється.

6.3. Територія дії Договору страхування: Україна, за винятком територій на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, тимчасово окупованих територій, визначених відповідно до чинного законодавства України.

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

6.4.1. За пакетами страхування «Онко», «Кардіо», «Нейро» та «На максимумі» територією надання послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених цією Програмою, є Україна.

6.4.2. За пакетом страхування ОнкоСвіт», «КардіоСвіт», «НейроСвіт» та «На максимумі VIP» територією надання послуг з діагностики та лікування: увесь світ, за погодженням Страховика, за винятком території США, Канади та Швейцарії. За погодженням із Застрахованою особою територією надання послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених умовами цієї Програми, крім «Трансплантації життєво важливих органів» може бути Україна.

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

7.1. У разі визнання події, про яку було повідомлено до Страховику, страховим випадком, відбувається організація медичних та інших послуг, передбачених Застрахованій особі обраним

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

7.2.1. При проведенні діагностики та/або лікування - квиток економ –класу на авіа-, квиток на залізничний транспорт або на міжміські автобуси для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, від найближчого міста від місця проживання до місця проведення діагностики та/або лікування та назад, перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, де буде проведено діагностику та/або лікування. При цьому, не покриваються вищезазначені витрати для Супроводжуючої особи для повнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація», а для неповнолітніх Застрахованих осіб передбачено покриття вищезазначених витрат для 1 (однієї) Супроводжуючої особи.

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

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

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

7.2.3.2. огляд лікарів;

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

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

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

7.2.3.6. Витрати, зазначені в п.п. 7.2.1 - 7.2.2. та п.п.7.2.3.1-7.2.3.5 цієї Програми, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.п.4.2.1-4.2.3 цієї Програми, покриваються Страховиком до моменту завершення лікування на умовах, передбачених обраним пакетом

страхування. Датою завершення лікування вважається дата останнього прийому лікаря після якого Застрахованій особі не було призначено новий курс лікування, окрім медичних препаратів з лікувальною або профілактичною метою та/або контрольних оглядів лікаря.

Протягом наступних 12 місяців (перший рік) після дати завершення лікування Страховик покриває в повному обсязі витрати, зазначені в п. 7.2.3.5 цієї Програми та не більше 4 (чотирьох) консультацій лікарів на території України, незалежно від обраного пакету страхування, з покриттям витрат, зазначених в п.п. 7.2.1 - 7.2.2. та п.п.7.2.3.1-7.2.3.3 цієї Програми.

Починаючи з другого по п'ятий рік після дати завершення лікування Страховик покриває 1 (один) профілактичний/діагностичний огляд профільного лікаря на території України.

7.2.3.7. Витрати, зазначені в п.п. 7.2.1 - 7.2.2. та п.п.7.2.3.1-7.2.3.5 цієї Програми, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.4.2.6. цієї Програми, Страховик покриває до завершення повного курсу лікування в результаті якого припинилося бактеріовиділення, загоїлися каверни, розсмокталася інфільтрація і вогнища (або останні ущільнилися), але не довше ніж 12 місяців з дати встановлення діагнозу.

7.2.3.8 Витрати, зазначені в п.п. 7.2.1 - 7.2.2. та п.п.7.2.3.1-7.2.3.5 цієї Програми, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.4.2.7. цієї Програми, Страховик покриває до завершення повного курсу лікування або до моменту необхідності трансплантації печінки, але не довше ніж 12 місяців з дати встановлення діагнозу.

7.2.3.9. Витрати, зазначені в п.п. 7.2.1 - 7.2.2. та п.п.7.2.3.1-7.2.3.5 цієї Програми, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.4.2.8. цієї Програми, Страховик покриває до моменту завершення процесу реабілітації після пересадки шкіри.

7.2.3.10. Витрати, зазначені в п.п. 7.2.1 - 7.2.2. та п.п.7.2.3.1-7.2.3.5 цієї Програми, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.4.2.9. цієї Програми, Страховик покриває до моменту завершення процесу відновлення зору після проведеного лікування.

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

7.2.3.12. пластика обличчя та/або тіла в цілях реконструктивного лікування наслідків пересадки шкіри після опіків покриваються в рамках суми, що не перевищує еквіваленту 15 000 (п'ятнадцять тисяч) євро на один страховий випадок;

7.2.3.13. При лікуванні злоякісного новоутворення протягом дії Договору страхування - лімфоми або лейкомії, на яке Застрахована особа у віці від 0 (нуля) до 18 (вісімнадцяти) років захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі після закінчення періоду очікування, визначеного умовами цієї Програми, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, в рамках страхового покриття за страховим випадком, визначеним у п.4.2.1 цієї Програми, Страховик покриватиме витрати, пов'язані з трансплантацією кісткового мозку за умови дотримання вимог, передбачених п 4.2.4.2 цієї Програми, та з урахуванням лімітів, передбачених у п.7.2.5 цієї Програми.

7.2.4. Витрати на лікарські засоби здійснюються в межах ліміту 50 000 (п'ятдесят тисяч) євро для кожного окремого страхового випадку (одне захворювання, включаючи його рецидиви та ускладнення), передбаченого за обраним пакетом страхування під час проведення лікування та протягом одного року після дати завершення лікування. При цьому, за даною Програмою страхування передбачено придбання ліків, затверджених FDA (U.S. Food and Drug Administration) и ЕМА (European Medicines Agency). У випадку лікування на території України, за даною Програмою страхування передбачено придбання ліків, які зазначені в Державному реєстрі лікарських засобів України, затверджених Міністерством охорони здоров'я України. Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцяти) робочих

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2.5.4.3. Витрати на транспортування спеціальним медичним транспортом та витрати на сухопутний переїзд, якщо Застрахована особа не в змозі, на думку лікаря, через медичні причини,

летіти звичайним комерційним рейсом, у межах ліміту - 25 000 (двадцять п'ять тисяч) євро;

7.2.5.5. Витрати на проживання, необхідні з єдиною метою - пересадка органів/тканин для Застрахованої особи, покриваються для Застрахованої особи та для 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в межах ліміту - 15 000 (п'ятнадцять тисяч) євро. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря;

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

7.2.5.7. Зобов'язання Страховика включає в себе виконання однієї трансплантації протягом всього строку дії Договору страхування.

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

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

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

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

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

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

8. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

8.1. Страховим випадком не вважається та страхова виплата не здійснюється у разі:

8.1.1. Якщо подія, що має ознаки страхового випадку, та необхідність надання Застрахованій особі послуг, перерахованих у розділі 7 цієї Програми, виникла у період очікування, після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування. При цьому, якщо подія, що має ознаки страхового випадку, виникла у період очікування, обов'язок Страховика здійснити

страхову виплату та надати Застрахованій особі послуги, передбачені у розділі 7 цієї Програмою, не виникає і після закінчення періоду очікування;

8.1.2. Якщо подія, що має ознаки страхового випадку виникла внаслідок порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних установах;

8.1.3. Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті настання критичного захворювання та/або медичного стану, що потребує лікування, що перераховані у розділі 7 цієї Програми, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;

8.1.4. Необхідності психохірургії;

8.1.5. Необхідності лікування родових травм та/або вроджених вад розвитку будь-якого виду, в тому числі вроджених порушень нормального розвитку серця, судин, головного мозку, черепної коробки, спинного мозку або хребта;

8.1.6. Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, в т.ч. трансплантації кісткового мозку будь-якого виду, якщо це не передбачено умовами програми за обраним пакетом страхування;

8.1.7. Необхідності трансплантації кісткового мозку будь-якого виду для осіб старших за 18 років. Дане виключення не застосовується за пакетами страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;

8.1.8. Необхідності трансплантації органів, в процесі якої Застрахована особа є донором для третьої особи;

8.1.9. Необхідності аутологічної трансплантації органів (реципієнт трансплантата є донором для самого себе), за винятком трансплантації кісткового мозку. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;

8.1.10. Необхідності трансплантації органів, що включає лікування стовбуровими клітинами, за винятком трансплантації кісткового мозку. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;

8.1.11. Необхідності трансплантації органів, спричиненої алкогольним захворюванням печінки. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;

8.1.12. Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості/дальнозоркості), та бариатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень;

8.1.13. Необхідності лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом).

8.2. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком та Страховик не здійснює страхову виплату:

8.2.1. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, лікування якого передбачає використання методів лікування, ліки, медичні процедури, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі, або які не є необхідними з медичної точки зору;

8.2.2. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав в результаті прямого або непрямого наслідку синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі у зв'язку зі злоякісним

новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);

8.2.3. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав в результаті занять спортом на професійному рівні та/або, яке виникло в результаті заняття Застрахованою особою наступними екстремальними видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя і здоров'я: автоспорт, мотоспорт, альпінізм, спелеологія, бокс та будь-які інші види бойових єдиноборств, екстремальні види велоспорту (включаючи маунтинбайк), фридайвінг, скайсерфінг, дайвінг (глибина занурення більше 25 метрів), кайтінг, бейсджампінг, екстремальні водні види спорту (в тому числі, аквабайк, водні лижі), парашутний спорт, парапланеризм, дельтапланеризм.

8.2.4. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;

8.2.5. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами, (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольними електричними мережами;

8.2.6. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав під час або в результаті управління Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

8.2.7. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав в результаті здійснення Застрахованою особою протиправних діянь, а також в результаті вчинення або підготовки терористичного акту;

8.2.8. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав в результаті навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, спроби самогубства, в тому числі пов'язаного з психічними захворюваннями або розладами поведінки;

8.2.9. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в країні призначення;

8.2.10. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав у зв'язку зі службою Застрахованої особи в різних збройних силах, а також службою в армії, поліції, пожежній та пенітенціарних службах.

8.2.11. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав внаслідок війни, або воєнних дій, як оголошених, так і не оголошених, бойових дій, воєнного вторгнення, військових навчань, громадянської війни, громадських безладів, страйку, повстання, революції, терористичного акту, введення воєнного правління або захоплення державної влади.

8.2.12. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав із Застрахованої особи внаслідок застосування проти неї будь-якого виду зброї масового ураження, в тому числі ядерної, хімічної та біологічної зброї.

8.2.13. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, та який настав у зв'язку з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або, про які було відомо Застрахованій особі, до дати початку дії Договору страхування, та/або якщо лікування захворювання та/або стану, передбаченого умовами цієї Програми, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення Договору страхування;

8.2.14. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цією Програмою, лікування якого передбачає отримання Застрахованою особою медичних та/або інших послуг в медичних та/або інших установах, вибір яких попередньо не був узгоджений із Страховиком.

8.3. Додатково за пакетом страхування «НейроСвіт» та «На максимумі VIP», страхова

8.3.1. Проживання Застрахованої особи поза межами центру реабілітації;

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

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

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

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

9.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

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

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

9.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування, в тому числі про відомості про стан здоров'я, що мали значення для оцінки ризику, або про факт та обставини настання страхового випадку;

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

9.2. Страховик відмовляє у страховій виплаті також у наступних випадках:

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

9.2.2. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору страхування.

9.2.3. Для критичного захворювання та/або стану, який передбачений цією Програмою, лікування якого передбачає отримання медичних препаратів, що закуповуються за державний кошт за напрямом онкологічні, онкогематологічні або інші захворювання, або ліки з Національного переліку лікарських засобів, страхова виплата не здійснюється в частині оплати за такі медичні препарати (ліки).

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

10.1. Страховик має право:

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

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

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

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

10.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

10.1.6. Відмовити у страховій виплаті у випадках передбачених цією Програмою;

10.2. Страховик зобов'язаний:

10.2.1. Ознайомити Страхувальника/ Застраховану особу з умовами Договору страхування, цією Програмою та Правилами страхування;

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

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

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

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

10.3. Страхувальник має право:

10.3.1. Одержати страхову виплату при настанні страхового випадку у випадках передбачених цією Програмою;

10.3.2. Достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому цією Програмою;

10.3.3. Одержати дублікат Полісу страхування у випадку його втрати;

10.3.4. Страхувальник має право відмовитись від Договору страхування протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів від дати укладання Договору страхування. У випадку подання Страхувальником вимоги про відмову від Договору страхування до закінчення 14-денного терміну від дати укладання Договору страхування, а також у випадку не укладення Договору страхування, Страхувальнику, на реквізити, що вказані у його вимозі, повертаються страхові платежі, здійснені ним за таким Договором страхування, протягом 10 (десяти) робочих днів.

10.4. Страхувальник зобов'язаний:

10.4.1. При укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, професію, посаду та/або функціональні обов'язки, хобі, стан здоров'я та перенесені Застрахованою особою та/або Страхувальником захворювання, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

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

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

10.5. Надати Страховику документи для здійснення страхової виплати, визначені в п. 11.4. цієї Програми;

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

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

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

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

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

11.1.1. Протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника та/або Вигодонабувача спосіб.

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

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

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

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

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

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

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

11.4.4. Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою

звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;

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

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

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

11.7. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 11.5 цієї Програми, прийняв рішення про здійснення страхової виплати, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених цією Програмою, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

Протягом цього терміну представник Страховика надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні або за кордоном згідно умов обраного пакету страхування. При цьому остаточний вибір лікарні здійснюється Страховиком з урахуванням медичних потреб.

Після отримання підтвердження від Застрахованої особи щодо рекомендованої Страховиком лікарні, представник Страховика здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжувачої особи в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в медичному закладі діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

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

11.9. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування» не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені цією Програмою, покриваються шляхом перерахування коштів асистуючій компанії- партнеру Страховика, яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі, або

безпосередньо спеціалізованій установі за надані Застрахованій особі послуги, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати. У випадку, якщо страхову виплату неможливо здійснити шляхом перерахування коштів асистуючій компанії- партнеру Страховика, яка фактично оплатила витрати, передбачені цією Програмою, або безпосередньо спеціалізованій медичній установі, страхова виплата у розмірі фактично понесених витрат може бути здійснена безпосередньо Застрахованій особі.

11.10. У разі виникнення форс-мажорних обставин на території України, що унеможливають виконання Страховиком повністю або частково своїх обов'язків за Договором страхування, представник Страховика має право не організовувати діагностику та лікування згідно умов цієї Програми, при цьому Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі у розмірі понесених витрат за послуги лікування на території країни призначення згідно обраного пакету страхування, які передбачені цією Програмою, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування.

11.11. У випадку, якщо медичні установи, які є партнерами Страховика, не приймають на лікування Застраховану особу по причині відсутності можливості лікування встановленого діагнозу, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі у розмірі понесених витрат за послуги лікування на території країни призначення згідно обраного пакету страхування, які передбачені цією Програмою, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування. У випадку, якщо пакетом страхування передбачено діагностику та лікування на території України, але лікування Застрахованої особи проходить закордоном, про що є підтверджуючий документ, Страховик здійснює одноразову страхову виплату у випадку злоякісного новоутворення або потреби у нейрохірургії у розмірі 25 000 євро, а у разі необхідності кардіохірургії -10 000 євро.

11.12. Страховик здійснює Застрахованій особі страхову виплату за страховим випадком «Хірургічне втручання» в термін не більше 5 (п'яти) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують настання страхового випадку та передбачені п.11.4 цієї Програми, у розмірі 100% страхової суми за цим страховим випадком.

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

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

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

12.3. При досягненні Сторонами угоди щодо запропонованих змін умов страхування, укладається Додаткова угода до Договору страхування, при цьому, встановлюється розмір страхових внесків згідно з тарифами Страховика та з урахуванням нових умов. Зміни до Договору страхування набувають чинності на річницю дії Договору страхування але не раніше ніж з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску з урахуванням нових умов на рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, обумовленій Договором страхування;

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

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

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

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

12.4.4. Ліквідації Страховика;

12.4.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

12.4.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

13. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ

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

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

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

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

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Асистуючою компанією – партнером Страховика в рамках виконання Договору страхування, укладеного відповідно до цієї Програми, надаються додаткові послуги, які оплачуються Страховиком, якщо це передбачено пакетом страхування:

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

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

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

14.2. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 7 (семи) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин непереборної сили належать: зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за

Договором страхування: пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення.

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

14.4. Шляхом укладення Договору страхування за цією Програмою, Страхувальник/Застрахована особа погоджуються з умовами цієї Програми, Заяви на укладення Договору страхування життя та Полісу страхування, та надають згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надають свою згоду на передачу таких персональних даних іноземним суб'єктам відносин, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається). Страхувальник та Застрахована особа посвідчують, що отримали повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя, виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені.

Голова Правління



Власенко А.Л.