

Додаток  
до ПРОПОЗИЦІЇ укласти електронний  
Договір страхування здоров'я  
за страховим продуктом «ТАС - Лікар»  
(Оферти) від «20» березня 2025 року

**АКЦЕПТ**  
**Пропозиції укласти електронний Договір страхування здоров'я**  
**за страховим продуктом «ТАС - Лікар»**  
**від «20» березня 2025 року**

м. Київ

\_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_ р.

Цей Акцепт є відповіддю (повідомленням) на зроблену АТ «СК «ТАС» (приватне), ідентифікаційний код за ЄДРПОУ: 30929821, Пропозицію укласти електронний Договір страхування здоров'я за страховим продуктом «ТАС-Лікар» (оферту) від «20» березня 2025 року (надалі – «Пропозиція»), яка розміщена в мережі Інтернет на сайті вказаного Страховика за адресою: <https://taslife.com.ua/dokuments/propozycziya-uklasty-elektronnyj-dogovir-strahuvannya-za-produktom-tas-likar-oferta> кyyivstar про її повне і безумовне прийняття (акцепт), на умовах у ній викладених.

Цей Акцепт (включаючи Медичну Декларацію) є електронним повідомленням (документом) відповідно до Закону України «Про електронну комерцію».

Я, П.І.Б.,

застосовуючи електронний підпис (одноразовий ідентифікатор) на цьому електронному документі засвідчую, що ознайомився(-лася) з усім текстом вищевказаної Пропозиції, повністю зрозумів(-ла) її зміст, не маю заперечень до її тексту і свідомо застосовував(-ла) електронний підпис (одноразовий ідентифікатор) у контексті, передбаченому вищевказаною Пропозицією, внаслідок чого між мною та вказаним Страховиком, у відповідності до Загальних умов страхового продукту «ТАС-Лікар» (редакція-01), що діють з 01.07.2024 року, затверджених рішенням Правління (протокол від 26.06.2024 року) та розміщених на офіційному сайті Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/dokuments/zagalni-umovy-strahovogo-produktu-tas-likar> (далі - Загальні умови), та Закону України «Про електронну комерцію», укладено електронний Договір страхування здоров'я на умовах, запропонованих у вищевказаній Пропозиції та викладених нижче, а саме:

**ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я**  
**ЗА СТРАХОВИМ ПРОДУКТОМ «ТАС - Лікар» №**                     

м. Київ

від «          » 20 р.

Договір укладено за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Цей електронний Договір страхування здоров'я (далі - Договір) укладено відповідно до Закону України «Про страхування» та Загальних умов.

Інформація про страховий продукт розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/informatsiyniy-dokument-pro-strahoviy-produkt-tas-likar-web.pdf> (далі -

Інформація про страховий продукт).

Цей Договір одночасно є Підтвердженням вчинення електронного Договору страхування здоров'я за страховим продуктом «ТАС-Лікар» №                      від                      р. у відповідності до Пропозиції укласти електронний Договір страхування здоров'я за страховим продуктом «ТАС-Лікар» (оферти) в редакції від «20» березня 2025 року з боку Страховика, у порядку, визначеному Законом України «Про електронну комерцію».

**1. СТРАХОВИК**

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС»**, що діє на підставі Ліцензії Національного банку України на здійснення діяльності із страхування за класами страхування 1,2,19,20,21,22,23. Дата внесення запису до Реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії - 04.06.2024 р., в особі Директора Департаменту з операційної діяльності Тузинської Олени Миколаївни на підставі Довіреності №                     

Інформація про Страховика розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: [https://taslife.com.ua/important\\_info/rozkryttya-informacziyi/rozkryttya-informacziyi](https://taslife.com.ua/important_info/rozkryttya-informacziyi/rozkryttya-informacziyi)

Місцезнаходження та контактна інформація Страховика: 01001, м. Київ, вулиця Руставелі Шота, 16  
адреса електронної пошти: [sktas@taslife.com.ua](mailto:sktas@taslife.com.ua)  
контактний телефон: 044 537 37 40

Реквізити для сплати платежу: UA313052990000026504006800349 в АТ КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 30929821.

## 2. СТРАХУВАЛЬНИК ({СТРАХУВАЛЬНИК Є ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ})

ПІБ			
Дата народження		Регістраційний номер облікової картки платника податків (ідентифікаційний номер):	
Документ, що посвідчує особу:	{серія, номер, дата видачі та ким видано}		
Адреса місця проживання (для листування)			
e-mail:		Авторизований номер телефону (мобільний):	

Мені відомо, що авторизований номер телефону змінити можливо лише за моєю письмовою заявою. Зобов'язуюсь підтримувати контактну інформацію в актуальному стані

## 3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

ПІБ			
Дата народження		Регістраційний номер облікової картки платника податків (ідентифікаційний номер):	
Документ, що посвідчує особу:	{серія, номер, дата видачі та ким видано}		
Адреса місця проживання (для листування)			

## 4. СТРАХОВИЙ ПОСЕРЕДНИК

{повна назва страхового посередника}, ідентифікаційний код за ЄДРПОУ \_\_\_\_\_, місцезнаходження: \_\_\_\_\_ та веб-сайт \_\_\_\_\_  
З питань клієнтського обслуговування, технічна підтримка: адреса електронної пошти \_\_\_\_\_ та номер Контакт-центру: \_\_\_\_\_  
Інформація про страхового посередника розміщена на веб-сайті Страховика за посиланням: \_\_\_\_\_

5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ТА ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ	Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування. Об'єктом страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
6. ВИГОДОНАБУВАЧ (ОТРИМУВАЧ ВИПЛАТИ)	Застрахована особа, з якою стався страховий випадок.
7. УМОВИ СТРАХУВАННЯ	
Строк дії Договору	з « _____ » 20 ____ по « _____ » 20 ____ року Продовження строку дії Договору до максимального строку дії Договору, передбаченого Загальними умовами, проводиться на таких умовах: Сторони укладають додаткову

	угоду про зміну строку дії Договору, із зазначенням перерахованих загальних страхового тарифу та страхового внеску за договором страхування, а також обов'язку Страхувальника здійснити оплату додаткового страхового внеску (за необхідності).		
Територія дії Договору	Договір страхування діє на території України за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.		
Територія надання послуг з діагностики та лікування	{Україна, за виключенням територій України, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження / увесь світ, за винятком території США, Канади та Швейцарії. За погодженням із Застрахованою особою або за необхідності виходячи із стану Застрахованої особи територією надання медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів може бути Україна }		
Програма страхового продукту	«ТАС-Лікар Україна»/ «ТАС-Лікар Міжнародний»		
Пакет страхування	{Онко/Кардіо/ОнкоСвіт/КардіоСвіт }	Валюта страхування	євро
Період очікування вступу в дію страхового покриття	90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування або відновлення дії страхового покриття		
8. Перелік страхових випадків за страховими ризиками, передбаченими страховим продуктом «ТАС-Лікар»:	9. Страхова сума	10. Страховий тариф	11. Страховий внесок
8.1.1. Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (перелік захворювань визначено в Загальних умовах страхового продукту "ТАС-Лікар" за програмою «[ProgramName]» в залежності від обраного пакету страхування)			
8.1.2. Хірургічне втручання (при ургентних станах, що описані в Загальних умовах в залежності від обраного переліку хвороб)			
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»*			
11.1. Загальний розмір {щорічно/піврічного/щоквартального/щомісячного} страхового внеску, грн.			
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 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» на кожний наступний страховий рік встановлюється у розмірі 100% страхової суми, визначеної Договором за цим страховим випадком.			
*Передбачає можливість для 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 <a href="https://www.diagnose.me/taslife">https://www.diagnose.me/taslife</a> від партнера «Diagnose.me». Умови користування додатковою опцією «Міжнародна медична консультація» розміщені на сайті Страховика <a href="http://www.taslife.com.ua">www.taslife.com.ua</a> .			
12. Періодичність та строк сплати	12.1 Строк сплати	_____.20__	

страхових внесків	першого страхового внеску	
	12.2. Строк сплати чергового страхового внеску	Страхові внески сплачуються щороку та мають бути внесені до 30 грудня кожного страхового року
13. Порядок сплати страхового внеску	Розмір страхових внесків, що підлягає сплаті, розраховується за офіційним курсом Національного банку України на дату сплати страхового внеску. Страховий внесок сплачується Страхувальником у національній валюті України шляхом зарахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика, відповідно до періодичності та у строки, вказані у п. 12 даного Акцепту.	

14. Цей Договір укладено і підписано у відповідності до вимог Закону України «Про електронну комерцію», шляхом направлення Страхувальнику Акцепту про прийняття вищевказаної Пропозиції та застосування електронного підпису одноразовим ідентифікатором. Договір страхування складається з Пропозиції, Загальних умов та цього Акцепту (далі - Договір). Цей Акцепт є електронним документом, що підписується Страхувальником шляхом використання електронного підпису у вигляді одноразового ідентифікатора, який надсилається Страхувальнику Страховиком на засіб мобільного зв'язку Страхувальника, та уповноваженою особою Страховика шляхом використання кваліфікованого електронного підпису або удосконаленого електронного підпису, що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису. Використання зазначеного одноразового ідентифікатора здійснюється шляхом його введення Страхувальником в програмному комплексі (інформаційно-телекомунікаційній системі, програмному забезпеченні, на WEB-сайті тощо) Страховика <https://taslife.com.ua/lifemarket/taslikarkyivstar> Номер і дата цього Акцепту є номером і датою Договору страхування.
15. Всі інші істотні умови Договору страхування, викладені в Пропозиції, яка є невід'ємною частиною Договору. Відповідно до ч. 5 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію» Пропозиція оформлена окремим електронним документом, та розміщена на офіційній веб-сторінці Страховика за посиланням: [https://taslife.com.ua/dokuments/propozycziya-uklasty-elektronnyj-dogovir-strahuvannya-za-produktom-taslikar-oferta\\_kyyivstar](https://taslife.com.ua/dokuments/propozycziya-uklasty-elektronnyj-dogovir-strahuvannya-za-produktom-taslikar-oferta_kyyivstar).
16. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, повинна протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити на інформаційну лінію Страховика за телефоном 044 5373740, або на електронну адресу [sktas@taslife.com.ua](mailto:sktas@taslife.com.ua), або заповнити форму на сайті: <https://taslife.com.ua/strahova-podiya> наступну інформацію: номер Акцепту; прізвище та ім'я Застрахованої особи; детальний опис обставин випадку; контактний телефон.
17. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати ([https://taslife.com.ua/important\\_info/inshi-dokumenty/zayavy-na-vyplatu](https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/zayavy-na-vyplatu)) 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 необхідних документів, визначених у п. 15.2 Пропозиції, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті.
18. У випадку, якщо Страховик 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 медичних та інших послуг з покриттям витрат, передбачених Договором страхування, 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.
19. 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 Супроводжуючої 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.

20. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування» у вигляді відшкодування понесених витрат (їх частини відповідно до умов договору страхування) або оплати вартості таких витрат (частини вартості відповідно до умов договору страхування), у межах страхової суми та лімітів з урахуванням обмежень та винятків, що викладені в Загальних умовах та оговорі страхування:
  - 1) закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає (надавав, надаватиме) медичну допомогу, медичні та/або інші послуги, передбачені Договором страхування;
  - 2) асистуючій компанії чи іншій особі, яка діє на підставі договору зі страховиком, у порядку, передбаченому таким договором та відповідно до умов договору страхування, – якщо при настанні страхового випадку така компанія / особа надає (надавала, буде надавати) Застрахованій особі асистуючі послуги та/або здійснює (здійснювала, буде здійснювати) оплату за медичну допомогу, медичні та/або інші послуги застрахованій особі, передбачені Договором страхування;
  - 3) Застрахованій особі чи іншій особі, яка понесла витрати та має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства України, – у разі якщо така особа самостійно здійснила оплату медичної допомоги, медичних та/або інших послуг в медичному закладі за погодженням із Страховиком.
21. У разі відмови у страховій виплаті, Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в письмовій (електронній) формі обґрунтовані причини відмови в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх необхідних для здійснення страхової виплати документів.
22. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.
23. Страховик у разі дострокового припинення договору страхування повертає частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення періоду страхування, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, що становлять за цим договором страхування 40% страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом такого періоду страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення.
24. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору його було повідомлено про усю інформацію, передбачену частиною 2 статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»; зазначена інформація є доступною на офіційному сайті Страховика [www.taslife.com.ua](http://www.taslife.com.ua) є правильною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком. Уся 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.
25. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору йому була надана інформація про страховика, інформація про страхового посередника та інформація про стандартний страховий продукт. З усією інформацією, в тому числі з Загальними умовами страхового продукту «ТАС-Лікар» та з умовами Договору страхування він ознайомився та зрозумів.
26. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник надає 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 надає свою згоду на передачу таких персональних даних іншим суб'єктам відносин, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається). Страхувальник посвідчує, що отримав 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 та/або здоров'я, виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені та проінформовані про покладені на Страховика зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей

запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

27. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) Страхувальник/Застрахована особа надає Страховику право та свою згоду звертатися та отримувати будь-яку інформацію про себе (в тому числі конфіденційну, з обмеженим доступом) від будь-якого лікаря, лікарні, поліклініки та іншого медичного закладу або організації, або будь-якої особи, що володіє інформацією про нього, включаючи копії будь-яких документів (включаючи документи із зазначенням захворювань та/або нещасних випадків, пройденого Страхувальником/Застрахованою особою лікування, обстеження, консультацій або госпіталізації, також як і про його професійне зайняття і місце роботи). Також, шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту), Страхувальник/Застрахована особа надає свою згоду та уповноважує будь-якого лікаря, лікарню, поліклініку та інші медичні заклади або організації, та будь-яку іншу фізичну та юридичну особу, що володіє інформацією про нього, на розкриття Страховику щодо нього конфіденційної інформації, інформації з обмеженим доступом, та знімає з осіб, що розкрили таку інформацію щодо нього, відповідальність за збереження конфіденційної інформації (в тому числі відповідальність за збереження лікарської таємниці).
28. Я, Страхувальник, підтверджую і гарантую, що вся інформація, надана в цьому Акцепті, є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування. Неповна і неправдива інформація може привести до не укладання або припинення дії Договору страхування.
29. 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 за розголошення таємниці страхування несе відповідальність передбачену чинним законодавством України.
30. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) я, Страхувальник, добровільно та розуміючи значення своїх дій надаю дозвіл Страховику на розкриття (передачу) в повному обсязі своїх персональних даних та інформації, що становить таємницю фінансової послуги (таємницю страхування), третім особам, які залучаються Страховиком з метою виконання та супроводження Договору страхування за умови дотримання вимог законодавства, яке регулює питання захисту персональних даних та таємниці фінансової послуги (таємниці страхування).
31. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) я, Страхувальник, підтверджую, що мною був отриманий від Застрахованої особи дозвіл на розкриття (передачу) в повному обсязі своїх персональних даних та інформації, що становить таємницю фінансової послуги (таємницю страхування), Страховику та третім особам, які залучаються Страховиком з метою виконання та супроводження Договору страхування, за умови дотримання вимог законодавства, яке регулює питання захисту персональних даних та таємниці фінансової послуги (таємниці страхування)
32. Шляхом укладення Договору страхування (приймаючи Пропозицію шляхом підписання цього Акцепту) я, Страхувальник, підтверджую, що мною було повідомлено Застраховану особу про укладений на її користь Договір страхування.
33. Я, Страхувальник, застосовуючи електронний підпис одноразовим ідентифікатором на цьому електронному документі засвідчую, що ознайомився (-лася) з усім текстом вищевказаної Пропозиції (включаючи умови Договору страхування, що пропонується до укладання, які наведені нижче і з якими я погоджуюсь), повністю зрозумів (-ла) її зміст, не маю заперечень до її тексту і свідомо застосовував (-ла) електронний підпис одноразовим ідентифікатором у контексті, передбаченому вищевказаною Пропозицією та приймаю на себе права та обов'язки сторони (страхувальника) за Договором страхування на умовах, викладених у вищевказаній Пропозиції та безпосередньо у Договорі страхування.
34. Своім підписом Страхувальник підтверджує, що розуміє значення своїх дій, діє добровільно та надає згоду на використання відкритих мережевих сервісів (мобільного застосунку, веб сервісу, програмного забезпечення) для електронної взаємодії із Страховиком.
35. Страховий продукт за яким укладено цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.
36. 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.

37. Підписанням цього Акцепту Страхувальник погоджується з тим, що у разі заміни Страховиком інформації про страхового посередника у договорі страхування, який був укладений за участю такого посередника, після укладення та протягом строку дії договору страхування, або у разі заміни страхового посередника під час дії договору страхування, Страховик повідомляє Страхувальника про такі заміни протягом 30 календарних днів з дня їх настання шляхом направлення електронного листа з актуальною інформацією про страхового посередника в особистий кабінет Страхувальника <https://cc.taslife.com.ua>
38. Порядок реєстрації, розгляду та опрацювання звернень до ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС» громадян, юридичних осіб, органів державної влади України та місцевого самоврядування, розміщений на сайті Страховика за посиланням: [https://taslife.com.ua/important\\_info/zahystspozuvachiv](https://taslife.com.ua/important_info/zahystspozuvachiv). Також Страхувальник має право подати звернення на сторінці офіційного Інтернет представництва Національного банку України у розділі «Захист прав споживачів» за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection> або у розділі «Звернення громадян» за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection/citizens-appeals>.

### **ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ).**

Підписуючи даний Акцепт, я підтверджую і гарантую, що для Застрахованої особи справедливі наступні твердження:

1. Застрахована особа не є особою з інвалідністю, і документи на встановлення їй групи інвалідності не подавалися.
2. Застрахована особа не знаходиться на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному, онкологічному диспансері, центрі профілактики та боротьби зі СНІД, не визнана в судовому порядку недієздатною.
3. Застрахована особа не має та не мала зазначених нижче захворювань:
  - 3.1. Будь-які доброякісні або злоякісні новоутворення, рак крові (лейкемія), захворювання лімфатичної системи (лімфома, лімфогранулематоз, мієлома), будь-який тип передракових захворювань, пухлини та кісти голови;
  - 3.2. Захворювання серцево-судинної системи (ендокардит, аритмія, ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарду, стенокардія, артеріосклероз, аневризма аорти, кардіоміопатії) або відповідні симптоми (підвищення артеріального тиску, прискорене серцевиття, задишка, серцевий шум);
  - 3.3. Нервові захворювання (інсульт, параліч, мігрень, розсіяний склероз та інші важкі захворювання головного та/або спинного мозку) та психічні захворювання;
  - 3.4. Захворювання з ураженням опорно-рухового апарату та/або системних захворювання сполучної тканини, включаючи ревматоїдний артрит, ревматизм, артрит, вовчак, подагру, муковісцидоз, саркоїдоз;
  - 3.5. Хвороби нирок, хронічні хвороби сечовидільної системи, статевої системи (сифіліс, неменструальні вагінальні кровотечі, лейоміома, безпліддя, варикоцеле, ендометріоз, кондиломи, хронічний простатит, полікістоз яєчників, аномальний ПАП або CIN);
  - 3.6. Метаболічні, ендокринні розлади, захворювання щитоподібної залози та підшлункової залози, у тому числі цукровий діабет та панкреатит;
  - 3.7. Захворювання дихальної системи (астма, бронхоектатична хвороба, хронічна обструктивна хвороба легень (ХОХЛ), емфізема);
  - 3.8. Гематологічні захворювання та захворювання імунної системи (анемії, таласемія, тромбоцитопенія, гемофілія, поліцитемія), спленомегалія;
  - 3.9. Хронічні захворювання печінки, жовчного міхура та жовчовідних шляхів;
  - 3.10. Розлади системи травлення, у тому числі рефлюкси, езофагіт, гастрит, коліт, стравохід Баретта, виразка шлунку, хвороба Крона, поліпи травного тракту, а також грижі всіх видів і амілоїдоз;
  - 3.11. Інфекційні захворювання: ВІЛ, високоонкогенні штами вірусу папіломи людини, вірус Епштейн-Барр (ВЕБ), вірус герпесу людини 8-го типу (ВГЛ-8), всі типи вірусів гепатиту.
  - 3.123. Захворювання молочних залоз, включно із отриманням результатів мамограми BI-RADS 3 і вище;
  - 3.13. Шкірні виразки, псоріаз, меланома;
  - 3.14. За останні 3 місяці Застрахована особа не помічала; кров у сечі або калі, набряк лімфатичних вузлів, ущільнення в грудях, зміни на шкірі; не відчувала біль невідомого характеру або інші симптоми, з приводу яких планується звернення до медичного персоналу;
  - 3.15. Застрахована особа не проходила та не планувала пройти косметичну операцію на грудях, операцію з пересадки органів та тканин, включаючи трансплантацію кісткового мозку
4. У батьків та братів/сестер Застрахованої особи у віці до 60 років не було виявлено наступні захворювання: інсульт, розсіяний склероз, інфаркт міокарду, рак, полікістоз нирок, сімейний аденоматозний поліпоз.
5. Протягом останніх 12 місяців Застрахованій особі не проводилися будь-які оперативні втручання, за винятком апендектомії, стоматологічних операцій, тонзилектомії, корекції переділочки носа, припинення вагітності та кесаревого розтину.

6. Застрахована особа не палить більше 10 одиниць(сигарок, сигар, електронних сигарет, кальянів та ін.) на день та не вживає більше 300 мл міцних(більше 50 об.%) алкогольних напоїв в тиждень.
7. Індекс маси тіла для повнолітньої Застрахованої особи не менше 17 та не перевищує 30, а для неповнолітньої – знаходиться в межах стандартних показників фізичного розвитку дітей згідно рекомендацій ВООЗ.
8. Застрахована особа не проходить зараз службу в Збройних Силах України, Службі безпеки України або підрозділах Міністерства Внутрішніх справ та не перебуває на територіях, які офіційно ввійшли до переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні) згідно чинного законодавства України або в інших зонах військових конфліктів з особистих чи професійних причин.
9. Застрахована особа не бере участь в професійному спорті, змаганнях, гонках чи інших небезпечних захопленнях, включаючи, але не обмежуючись: мотоспорт, альпінізм, дайвінг з глибиною занурення понад 40 (сорок) метрів, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, їзда на мотоциклі, скелелазіння, рафтинг, банджиджампінг, спелеологія, паркур, гірський велосипед, бокс, контактні єдиноборства.
10. Застрахована особа не виконує робіт, пов'язаних з впливом небезпечних та шкідливих виробничих факторів або з підвищеним ризиком для життя та здоров'я (робота з вибуховими, вогненебезпечними, токсичними, радіоактивними речовинами; робота в гарячих цехах, під землею, в кар'єрах, на висоті, в морі, під водою, на нафтових та газових родовищах, робота на пилорамах, бойні; робота з надання охоронних послуг, пов'язаних з використанням зброї, а також робота інкасатором, пілотом, артистом цирку, каскадером, рятувальником).

**УВАГА!** Якщо в даний час Ви проходитье обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, або очікуєте результатів діагностики, будь ласка, візьміть до уваги, що Вам слід дочекатися отримання результатів, перед тим, як підписувати даний Акцепт.

Я, Страхувальник, підтверджую і гарантую, що вся інформація, надана в цьому Акцепті є правдивою, достовірною та вичерпною, і я розумію, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору страхування та/або при внесенні змін до нього. Неповна і неправдива інформація може привести до не укладання або припинення дії Договору страхування. У разі, якщо з будь-якої причини виявиться, що дані зазначені в Декларації Страхувальника/Застрахованої особи не відповідають дійсним, то при настанні страхового випадку, Страховиком буде відмовлено у страховій виплаті.

### 39. ПІДПИСИ СТОРІН

#### ПІДПИС СТРАХУВАЛЬНИКА

З умовами Пропозиції ознайомлений та згодний Бути Застрахованою особою згодний (-на)	
ПІБ Адреса: Дата народження:	Підписано шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором

#### ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС» в особі Директора Департаменту з операційної діяльності Тузинської Олени Миколаївни, що діє на підставі	Підписано з використанням кваліфікованого електронного підпису або удосконаленого електронного підпису, що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису
--	--