

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт «ТАС-Лікар»**

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

Таблиця

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС», код за ЄДРПОУ 30929821
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ від 04.06.2024 № 27-0024/43139 про переоформлення ліцензії на здійснення діяльності із страхування за класами страхування 1, 2, 19, 20, 21, 22, 23.
4	Місцезнаходження страховика	Україна, 01001, м. Київ, вул. Руставелі Шота, 16
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://taslife.com.ua
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Об'єктом страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи, вік якої на дату укладення договору страхування становить від 0 (нуля) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років. На момент закінчення дії договору страхування Застрахованій особі не повинно бути більше 65 (шістдесяти п'яти) повних років. Наявні додаткові вимоги до Страхувальників та Застрахованих осіб в залежності від обраної програми страхового продукту. Зазначені вимоги наведені у п.4.3 Загальних умов. При укладенні Договору страхування третіх осіб (крім осіб у віці до 18-ти років) необхідна згода Застрахованої особи. Договір страхування осіб у віці до 18-ти років до набуття ними повної дієздатності може бути укладений лише за умови згоди батьків (усиновителів) або опікунів.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим ризиком за цим страховим продуктом є: <u>настання критичного захворювання та/або стану,</u>

1	2	3
		<p><u>визначеного договором страхування, що потребує лікування.</u></p> <p>Страховими випадками за страховим ризиком, передбаченим цим страховим продуктом, вважаються:</p> <p>1. Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування, відповідно до наведеного нижче переліку та які входять до обраного пакету страхування за програмою страхового продукту:</p> <p>1.1. Рак (злоякісне новоутворення). <u>Виключеннями зі страхового покриття є:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (до 1 мм включно), відповідно до класифікації AJCC, 2002; 3. Захворювання шкіри наступних типів: <ol style="list-style-type: none"> 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.) <p>1.2. Критичний стан Застрахованої особи, що потребує хірургічної операції, яка здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога (надалі – Кардіохірургія), 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.</p> <p>1.3. 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.</p> <p>Ургентні стани Застрахованої особи, описані у п.1.2. та 1.3. цього розділу, що потребують проведення екстреного стаціонарного лікування (невідкладної стаціонарної допомоги), <u>не визнаються страховим випадком.</u></p> <p>1.4. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає трансплантації життєво важливих органів в її</p>

1	2	3
		<p>організм, включаючи пересадку кісткового мозку та штучного серця (надалі – Трансплантація життєво важливих органів).</p> <p><u>Трансплантація не включає в себе стоматологічну імплантацію.</u></p> <p>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 даним страховим продуктом.</p> <p>1.5. 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).</p> <p>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 Загальними умовами даного страхового продукту, та в результаті якого Застрахованій особі, згідно з висновком сертифікованого медичного фахівця, підтвердженого Страховиком, рекомендоване проходження Застрахованою особою реабілітаційної програми, передбаченої умовами даного страхового продукту. 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.</p> <p>1.6. Активна фаза туберкульозу (надалі – Туберкульоз).</p> <p>Діагноз туберкульозу встановлюється лікарем - фтизіатром на підставі анамнезу, клінічної картини, а також результатів, як мінімум, двох із нижчеперелічених методів дослідження:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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); - туберкулін діагностики, заснованої на застосуванні туберкулінових проб. <p><u>Виключеннями зі страхового покриття є:</u></p>

1	2	3
		<p>- 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.</p> <p>1.7. Гепатит С. 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.</p> <p>Витрати на лікування згідно цих Загальних умов Страховик покриває до завершення лікування або до моменту трансплантації печінки.</p> <p><u>Виключеннями зі страхового покриття є:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>1.8. 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.</p> <p>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.</p> <p><u>Виключення зі страхового покриття є опіки, що не потребують трансплантації шкіри.</u></p> <p>1.9. 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.</p> <p>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</p>

1	2	3
		<p>метою якого є збереження зору, в тому числі за допомогою пересадки рогівки.</p> <p><u>Виключення зі страхового покриття є:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - лазерна та хірургічна корекція зору при коротко або далекозорості; - лазерне лікування вікової катаракти після 45 років. <p>2. Хірургічне втручання внаслідок вище перелічених хвороб, яка настала під час дії Договору страхування (надалі –Хірургічне втручання).</p> <p>Страховим випадком за цим ризиком вважається фізичний (ургентний) стан внаслідок однієї з вище перелічених хвороб, що описані в Загальних умовах 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 невідкладної стаціонарної допомоги з хірургічним втручанням, яке має виконуватися виключно в найближчій медичній установі і не може бути відкладений і вимагає негайного медичного втручання.</p> <p>За цим страховим продуктом, окрім програми «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар», до договору страхування входить додаткова опція «Міжнародна медична консультація». 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».</p> <p>Конкретний перелік критичних хвороб залежить від обраного Страхувальником пакету страхування в рамках програм страхового продукту та зазначається в Договорі страхування.</p> <p>Дія договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності договором страхування, якщо це не передбачено договором страхування.</p> <p><u>На страхування не приймаються особи, які займаються спортом професійно, які є інвалідами I, II, III групи, онкологічними хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (вроджені вади серця, стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування, інсульт тощо), хворими на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховику про обставини, зазначені у цьому пункті, або повідомив про Застраховану особу завідомо</u></p>

1	2	3
		<p>неправдиві відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті та припинити дію Договору страхування стосовно таких осіб.</p>
9	Територія та строк дії договору страхування	<p><u>Договір страхування діє</u> на території України за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження. Територією надання Застрахованій особі медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювань та/або станів, визначених Договором страхування:</p> <p>-за програмою «ТАС-Лікар Україна» страхового продукту «ТАС-Лікар» є Україна, за виключенням територій України, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.</p> <p>-за програмами «ТАС-Лікар Міжнародний» та «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» є 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, визначених умовами цих Загальних умов, крім «Трансплантації життєво важливих органів» може бути Україна.</p> <p>-за програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» територія надання медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених Договором страхування, встановлюється за згодою Сторін у Договорі страхування.</p> <p><u>Строк дії Договору страхування</u> за цим страховим продуктом становить від 1 (одного) року до 20 (двадцяти) років.</p> <p>При цьому за програмою «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» на момент закінчення дії договору страхування вік найстаршої Застрахованої особи має не перевищувати 50 (п'ятдесяти) років та наймолодшої Застрахованої особи – 18 (вісімнадцяти) років на момент закінчення дії Договору.</p> <p>Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою сплати першого страхового внеску в розмірі та у строк, зазначені в договорі страхування, але не раніше 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної у договорі страхування як дата початку строку дії договору.</p> <p>Страховий захист за страховими випадками, передбаченими даним страховим продуктом «Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Трансплантація життєво важливих органів», «Реабілітація», «Туберкульоз», «Гепатит С», «Пересадка шкіри внаслідок опіків», «Офтальмологія», а також для страхового випадку «Хірургічне втручання» вступає в дію тільки після закінчення періоду</p>

1	2	3
		<p>очікування вступу в дію страхового покриття - 180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування або відновлення дії страхового покриття за Договором страхування. Захворювання та/або критичний стан, що визначені Договором страхування та які діагностовані у Застрахованої особи протягом періоду очікування вступу в дію страхового покриття, не вважаються Страховиком страховими випадками і страхова виплата не здійснюється.</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Розмір страхової суми, страхового тарифу, страхового внеску та обсяг страхового покриття за Договором страхування залежить від обраної Страхувальником програми страхового продукту та пакету страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - за програмою «ТАС-Лікар Україна» страхового продукту «ТАС-Лікар»: від 100 000,00 євро до 253 000,00 євро; - за програмами «ТАС-Лікар Міжнародний» та «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар»: від 250 000,00 євро до 253 000,00 євро; - за програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар»: <ul style="list-style-type: none"> - від 3 000 000,00 грн. (або 100 000,00 дол.США/євро) до 6 100 000,00 грн. (або 203 000,00 дол.США/євро) для пакетів страхування з територією надання послуг: «Україна»; - від 250 000,00 дол.США/євро до 253 000,00 дол.США/євро для пакетів страхування з територією надання послуг: «увесь світ». <p>Страхова сума за страховим випадком <u>«Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування»</u> для програми «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» може бути встановлена у іншому розмірі за окремим погодженням андеррайтера Страховика, але не більше еквіваленту сумі 500 000 (п'ятсот тисяч) євро.</p> <p>Детальна інформація про страхові суми в залежності від пакету страхування кожної програми страхового продукту міститься у п.п 5.8.3-5.8.6 Загальних умов.</p> <p>Страхова сума, що визначена за кожним із пакетів страхування, <u>встановлюється для кожної із Застрахованих осіб.</u></p> <p>Окремо за цим страховим продуктом встановлені ліміти відповідальності за окремі види послуг, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - пластика обличчя та/або тіла в цілях реконструктивного лікування наслідків пересадки шкіри після опіків покриваються в рамках суми, що не перевищує

1	2	3
		<p>еквіваленту 15 000 (п'ятнадцять тисяч) євро на один страховий випадок;</p> <p>- на лікарські засоби здійснюються в межах ліміту 50 000 (п'ятдесят тисяч) євро для кожного окремого страхового випадку (одне захворювання, включаючи його рецидив та ускладнення), передбаченого за обраним пакетом страхування під час проведення лікування та протягом одного року після дати завершення лікування;</p> <p>- витрати за супутні послуги, пов'язані з трансплантацією життєво важливих органів Застрахованій особі, в межах ліміту - 55 000 (п'ятдесят п'ять тисяч) євро.</p> <p>Детальніше з усіма лімітами відповідальності за окремі види послуг можна ознайомитись в розділі 11 Загальних умов.</p> <p>Інформація про обраний Страхувальником програму страхового продукту та пакету страхування та розміри страхової суми зазначається у Договорі страхування.</p>
11	Франшиза	Не передбачено умовами страхового продукту.
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>1. Розмір страхового внеску за Договором страхування залежить від обраної Страхувальником програми страхового продукту та пакету страхування. Інформація про обрані Страхувальником програму страхового продукту та пакету страхування зазначається у Договорі страхування.</p> <p>За цим страховим продуктом передбачені програми страхового продукту для сімей та колективів, за якими встановлені окремі розміри страхової премії.</p> <p>2. Річний розмір страхового внеску, передбачений умовами страхового продукту:</p> <p>2.1. за програмою «ТАС-Лікар Україна» страхового продукту «ТАС-Лікар» для одної Застрахованої особи віком від 18 до 64 років: від 165,00 євро до 404,00 євро</p> <p>2.2. за програмою «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар»</p> <p>- для одної Застрахованої особи віком від 18 до 64 років: від 320,00 євро до 680,00 євро;</p> <p>- для одної Застрахованої особи віком від 0 до 17 років: від 60,00 євро до 180,00 євро</p> <p>2.3. за програмою «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар»:</p> <p>- для однієї Застрахованих осіб віком від 18 до 49 років та до 20-ти (двадцяти) Застрахованих осіб віком від 8 до 17 років: від 285,00 євро до 685,00 євро;</p> <p>- для двох Застрахованих осіб віком від 18 до 49 років та до 20-ти (двадцяти) Застрахованих осіб віком від 8 до 17 років: від 505,00 євро до 1220,00 євро.</p> <p>2.4. за програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» розміри страхових внесків залежать від індивідуальних умов Договору страхування, кількості Застрахованих осіб та обраного пакету страхування та встановлюються за погодженням Сторін у Договорі страхування. Страховий тариф за Договором</p>

1	2	3
		<p>страхування визначається шляхом ділення страхового внеску на страхову суму та зазначається у Договорі страхування за кожною Застрахованою особою.</p> <p>За цим страховим продуктом передбачені програми страхового продукту для сімей та колективів за якими встановлені окремі розміри страхової премії.</p> <p>При укладенні Договору страхування або внесенні змін та доповнень до нього можуть застосовуватися обмеження внаслідок проведення андеррайтингу (оцінки ризику), тобто за результатами відповідної оцінки страхового ризику Страховик має право зробити коригування розміру страхового внеску, внести додаткові виключення із страхових випадків.</p> <p><u>Перелік основних відомостей, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику, прийнятті рішення щодо страхування та визначення розміру страхової премії:</u></p> <p>стан здоров'я та медичні дані (вивчається стан здоров'я, наявність хронічних захворювань, історія хвороб); вік (вивчається залежність вірогідності настання ризиків від віку та терміну дії договору страхування); спосіб життя та заняття (вивчається інформація щодо професії та небезпечних занять або хобі, які можуть ставити під загрозу життя чи здоров'я); історія страхування (історія страхування клієнта, його попередні страхові виплати або страхові вимоги також враховуються при оцінці ризику); регіон та місце проживання (деякі регіони можуть мати вищий рівень ризику через кліматичні умови, наявність природних лих чи кримінальну активність, військові конфлікти); сімейний стан та зв'язки (врахування сімейного анамнезу для оцінки ризику); фінансова інформація (враховується для визначення максимальної страхової суми).</p> <p>Ці фактори можуть бути використані окремо або у поєднанні для оцінки ризику, встановлення розміру премії та відповідних умов страхування.</p> <p>Якщо інше не передбачено Договором страхування, при укладенні Договору страхування за цим продуктом (окрім програм «ТАС-Лікар Сімейний» та «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар»), для проведення Страховиком андеррайтингу (оцінки ризику) при страхуванні Застрахована особа зобов'язана додатково надати Страховику один із вказаних нижче документів:</p> <ul style="list-style-type: none"> - довідку (висновок) про проходження Застрахованою особою медичного обстеження (чек-апу), проведеного у обсязі, передбаченому Додатком 1 до цих Загальних умов, включно із результатами обстежень та висновками фахівців (консультаційні висновки спеціалістів, результати обстежень, оформлені на стандартному бланку закладу охорони здоров'я (лікарні, медичного закладу) або бланку попереднього (періодичного) корпоративного медичного огляду); <p>зазначена довідка (висновок) має бути видана закладом охорони здоров'я (лікарнею, медичним закладом) не</p>

1	2	3
		<p>раніше ніж за 3 (три) місяці до дати укладення Договору страхування;</p> <ul style="list-style-type: none"> - довідку від сімейного лікаря або лікаря загальної практики, яка містить інформацію по Застрахованій особі про анамнез, хронічні захворювання, звернення за медичною допомогою, діагностику та лікування протягом останніх 3 (трьох) років (форма 027/о або довільна форма з печаткою закладу охорони здоров'я). <p>У випадку ненадання одного з двох вищевказаних документів при укладанні Договору страхування, Страховик застосовує підвищуючий коефіцієнт у розмірі 1,25 до розрахунку розміру страхового внеску (страхового тарифу) для відповідної Застрахованої особи.</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>Страховий внесок за Договором страхування сплачується Страхувальником у розмірах, строки та з періодичністю, що визначені Договором страхування.</p> <p>Періодичність оплати внесків може бути визначена: щорічно, раз у півроку, щоквартально.</p> <p>Сума страхового внеску, що підлягає сплаті, для особи-резидента України розраховується у національній валюті за офіційним курсом Національного банку України на дату сплати страхового внеску.</p>
14	Обов'язки сторін	<p>Страховальник зобов'язаний:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; 2. ознайомитись з умовами страхового продукту перед укладенням Договору страхування; 3. сплачувати страхові внески у порядку та строки, встановлені Договором страхування; 4. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів; 5. підтвердити факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, надавши документи, передбачені п.9.2 Загальних умов та Договором страхування; 6. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; 7. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача. <p>Страховик зобов'язаний:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перед укладенням Договору страхування забезпечити Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника та отримати підтвердження Страхувальника

1	2	3
		<p>у письмовій формі про ознайомлення з цією інформацією та про те, що наданої інформації достатньо для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення відповідного Договору страхування;</p> <p>2. у разі настання 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 у розмірі 3% річних від простроченої суми;</p> <p>3. при відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови;</p> <p>4. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства України.</p> <p>5. надати Страхувальнику дублікат Полісу страхування за його письмовим запитом;</p> <p>Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо випливають з договору страхування.</p> <p>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.</p>
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) закінчення строку дії Договору страхування; 2) несплати Страхувальником страхового внеску згідно Загальних умов та Договору страхування; 3) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»); 4) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; 5) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним; 6) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Вигодонабувачем) у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку; 7) в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування. <p>Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика у випадках передбачених умовами Договору страхування.</p> <p>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.</p> <p>У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення частини сплаченого</p>

1	2	3
		<p>страхового платежу готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися Страхувальником в безготівковій формі. Страхувальнику повертається страховий платіж (частину страхового платежу) протягом 10 (десяти) робочих днів від дати припинення дії Договору страхування.</p> <p><u>Для дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати у письмовій формі наступні документи:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - заяву на дострокове припинення дії Договору страхування із зазначенням банківських реквізитів для отримання коштів. Заява на дострокове припинення дії Договору страхування може подаватися Страхувальником як у довільній формі, так і за формою, встановленою Страховиком, яка знаходиться на його офіційному сайті за посиланням https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/zayavy-na-vnesennya-zmin; - копії документів, що посвідчують особу Страхувальника; - копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків - особи Страхувальника. У разі відсутності - копію паспорта із відповідною відміткою; - нотаріально засвідчену довіреність на право отримання грошових коштів, у разі якщо отримувачем викупної суми є інша уповноважена Страхувальником особа. <p>Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття страховиком рішення про визнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та здійснення страхової виплати або прийняття страховиком рішення про невизнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та/або прийняття страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.</p> <p>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, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом такого періоду страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення.</p> <p>Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченого страхового платежу за період страхування, у якому відбувається дострокове припинення дії Договору страхування у випадку:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;

1	2	3
		<p>2) вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>3) припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;</p> <p>4) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.</p> <p>Повернення частини страхового платежу не здійснюється у разі дострокового припинення дії Договору страхування, якщо Страховиком виконано зобов'язання перед Страхувальником у повному обсязі.</p> <p>Порядок відмови від Договору страхування:</p> <p>1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, якщо Поліс не містить розбіжності із поданою заявою, крім випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за таким Договором страхування.</p> <p>2. Страхувальник має право відмовитися від договору страхування, якщо Поліс містить розбіжності із заявою, протягом 45 днів з дня його отримання, а Страховик зобов'язаний повернути отримані кошти за таким Договором у повному обсязі, крім випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за таким Договором страхування.</p> <p>3. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика шляхом направлення заяви на відмову від Договору страхування у довільній формі або за встановленою формою, яка розміщена на сайті Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/zayavy-na-povernennya-koshtiv. Така заява має бути подана Страховику у письмовій (електронній) формі.</p> <p>4. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання від Страхувальника заяви на відмову від Договору страхування, повернути йому сплачений страховий внесок повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
16		3. Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>1. Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:</p> <p>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</p> <p>-зателефонувавши за номером 044 5373740</p> <p>-написавши на електронну адресу sktas@taslife.com.ua</p> <p>-заповнивши форму на сайті: https://taslife.com.ua/strahova-podiya.</p>

1	2	3
		<p>1.2. Надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика.</p> <p>1.3. 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.9.2 цих Загальних умов. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Страхувальника або особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати.</p> <p>1.4. Страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася з Застрахованою особою, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються цими Загальними умовами. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються та порівнюються до одного страхового випадку.</p> <p>2. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві) необхідно надати Страховику наступні документи:</p> <p>2.1. Заява-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком, яка знаходиться на офіційному сайті Страховика https://taslife.com.ua/important_info/inshidokumenty/zayavy-na-vyplatu;</p> <p>2.2. Копії документів, що посвідчують особу Вигодонабувача та/або отримувача виплати;</p> <p>2.3. Копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків особи Вигодонабувача та/або отримувача виплати. У разі відсутності – копію паспорта із відповідною відміткою;</p> <p>2.4. Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином (вимоги до оформлення наведено у п.9.2.4 Загальних умов);</p> <p>2.5. Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.</p>
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	<p>Порядок та строки здійснення страхових виплат</p> <p>1. 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 всіх документів, передбачених у п.9.2 Загальних умов та Договорі страхування, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. У випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик має право здійснити запит додаткових</p>

1	2	3
		<p>документів у Застрахованій особі. 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.</p> <p>2. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 1 цього розділу, 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.</p> <p>3. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 1 цього розділу, 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 розділом 11 Загальних умов, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. 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 Договорі страхування:</p> <p>1) закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає (надавав, надаватиме) медичну допомогу, медичні та/або інші послуги, передбачені цими умовами та/або договором страхування;</p>

1	2	3
		<p>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 собі асистуючі послуги та/або здійснює (здійснювала, буде здійснювати) оплату за медичну допомогу, медичні та/або інші послуги застрахованій особі, передбачені цими умовами та/або договором страхування;</p> <p>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.</p> <p>5. 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 цих Загальних умов, 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 Загальними умовами, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування.</p> <p>6. У випадку, якщо заклади охорони здоров'я, 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 Загальними умовами, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування. <u>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 750 000 (сімсот п'ятдесят тисяч) грн або 25 000 (двадцять п'ять тисяч) доларів США/євро, а у разі необхідності кардіохірургії - 300 000 (триста тисяч) грн. або 10 000 (десять тисяч) доларів США/євро.</u></p> <p>7. 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</p>

1	2	3
		<p>випадку, які передбачені п.9.2 Загальних умов, у розмірі 100% страхової суми за цим страховим випадком.</p> <p>8. Повний перелік витрат, які покриваються страховим продуктом та обмеження у страховому покритті наведені в розділ 11 Загальних умов https://taslife.com.ua/dokuments/zagalni-umovy-standartnogo-strahovogo-produktu-tas-likar-redakciya-02-diyut-z-09-06-2025.</p>
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<p>Винятки із страхових випадків та обмеження страхування:</p> <p>1. Страховим випадком не вважається та страхова виплата не здійснюється у разі:</p> <p>1.1. Якщо подія, що має ознаки страхового випадку, 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 не виникає і після закінчення періоду очікування;</p> <p>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;</p> <p>1.3. Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті настання критичного захворювання та/або медичного стану, що потребує лікування, що передбачені Загальними умовами та Договором страхування, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;</p> <p>1.4. Необхідності психохірургії;</p> <p>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;</p> <p>1.6. Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, в т.ч. трансплантації кісткового мозку будь-якого виду, якщо це не передбачено покриттям обраним пакетом страхування;</p> <p>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»;</p> <p>1.8. Необхідності трансплантації органів, в процесі якої Застрахована особа є донором для третьої особи;</p> <p>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»;</p> <p>1.10. Необхідності трансплантації органів, що включає лікування стовбуровими клітинами, за винятком трансплантації кісткового мозку. Дане виключення</p>

1	2	3
		<p>застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;</p> <p>1.11. Необхідності трансплантації органів, спричиненої алкогольним захворюванням печінки. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;</p> <p>1.12. Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції зору (короткозорості/далекозорості), 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;</p> <p>1.13. Необхідності лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом).</p> <p><u>2. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком та Страховик не здійснює страхову виплату:</u></p> <p>2.1. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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;</p> <p>2.2. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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);</p> <p>2.3. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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.</p> <p>2.4. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;</p> <p>2.5. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав</p>

1	2	3
		<p>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 високовольтними електричними мережами;</p> <p>2.6. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав під час або в результаті управління Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;</p> <p>2.7. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав в результаті здійснення Застрахованою особою протиправних діянь, а також в результаті вчинення або підготовки терористичного акту;</p> <p>2.8. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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;</p> <p>2.9. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в країні призначення;</p> <p>2.10. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав у зв'язку зі службою Застрахованої особи в різних збройних силах, а також службою в армії, поліції, пожежній та пенітенціарних службах.</p> <p>2.11. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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.</p> <p>2.12. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав із Застрахованою особою внаслідок застосування проти неї будь-якого виду зброї масового ураження, в тому числі ядерної, хімічної та біологічної зброї.</p> <p>2.13. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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,</p>

1	2	3
		<p>передбаченого цими Загальними умовами, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення Договору страхування;</p> <p>2.14. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, 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.</p> <p>3. Додатково за пакетом страхування «НейроСвіт» та «На максимумі VIP», <u>страхова виплата не здійснюється у разі:</u></p> <p>3.1. Проживання Застрахованої особи поза межами центру реабілітації;</p> <p>3.2. Реабілітації, необхідність в якій виникла в результаті вагітності, припинення вагітності, пологів, кесаревого розтину;</p> <p>3.3. Реабілітації, необхідність в якій виникла в результаті неправильного застосування медикаментів;</p> <p>3.4. Реабілітації, що проходить на дому у Застрахованої особи або в іншому місці поза центром реабілітації, що не був погоджений із Страховиком.</p> <p>1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями; 2) вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 3) подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; 4) несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у Договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку; 5) наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування; 6) невиконання Страхувальником/Застрахованою особою своїх обов'язків, визначених за Договором. 7) наявність інших підстав, встановлених законодавством <p>2. Страховик відмовляє у страховій виплаті також у наступних випадках:</p>

1	2	3
		<p>2.1. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика;</p> <p>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.</p> <p>2.3. Для критичного захворювання та/або стану, який передбачений цими Загальними умовами, лікування якого передбачає отримання медичних препаратів, що закупаються 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).</p> <p>Повний перелік виключень із страхових випадків наведений в розділі 14 Загальних умов та визначається у конкретному Договорі страхування.</p>
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	<p>Договір страхування укладається у письмовій формі:</p> <p>1. шляхом обміну листами, документами, які підписуються стороною, що їх надсилає. У цьому випадку Страхувальник подає письмову Заяву за формою, встановленою Страховиком, про намір укласти Договір страхування, а Страховик надсилає Страхувальнику відповідну переддоговірну інформацію і документи та видає Страхувальнику страхове свідоцтво (Поліс), що не містить розбіжностей з поданою заявою, крім випадків, якщо Страхувальник надав на це попередню згоду у заяві. Заява на укладення договору страхування, Поліс страхування та Загальні умови страхового продукту є юридичною основою взаємовідносин Страховика та Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) і розглядаються як єдине ціле та становлять Договір страхування.</p> <p>2. в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію».</p> <p>3. шляхом складання одного документа, підписаного Сторонами. У цьому випадку Договір страхування укладається щонайменше у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі Сторін.</p>
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Реалізація страхового продукту здійснюється: структурними підрозділами Страховика; через власний веб сайт Страховика; страховими посередниками, інформація про яких зазначена на веб-сторінці

1	2	3
		Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/perelik-agentiv .
23	Інша інформація про страховий продукт	Страховий продукт не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. До укладення Договору страхування споживач має ознайомитись з інформацією про винятки із страхових випадків та підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, ліміти відповідальності Страховика за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком та/або страховим випадком, а також порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат за посиланням: https://taslife.com.ua/dokuments/zagalni-umovy-standartnogo-strahovogo-produktu-tas-likar-redakcziya-02-diyut-z-09-06-2025 .
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови стандартного страхового продукту «ТАС-Лікар» (редакція-02), що діють з 09 червня 2025 року (по тексту - Загальні умови) та розміщені на офіційному сайті Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/dokuments/zagalni-umovy-standartnogo-strahovogo-produktu-tas-likar-redakcziya-02-diyut-z-09-06-2025 .