

ЗАТВЕРДЖЕНО»
Рішенням Правління
АТ «СК «ТАС» (приватне)
Протокол від «19» березня 2025 року

м. Київ

«20» березня 2025 року

ПРОПОЗИЦІЯ
укласти електронний Договір страхування здоров'я
за страховим продуктом «ТАС - Лікар»
(ОФЕРТА)

Ця Пропозиція укласти електронний Договір страхування здоров'я за страховим продуктом «ТАС-Лікар» (надалі – «Пропозиція»), що здійснена ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС», код ЄДРПОУ – 30929821 (надалі – «Страховик») передбачає укладення вказаного електронного Договору страхування здоров'я за страховим продуктом «ТАС-Лікар» (надалі – «Договір») за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи (надалі – «ІТС») Страховика або Страхового агента із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію».

Договір страхування здоров'я укладається у відповідності до цієї Пропозиції, яка розроблена у межах та відповідно 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> (надалі – «Умови» або «Загальні умови»), та 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.

Нижчезазначені умови страхування є невід'ємною частиною даної Пропозиції та Договору та містять безпосередні та конкретні умови Договору.

Відповідно до ч. 5 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію» дана Пропозиція, що містить безпосередні та конкретні умови Договору страхування розміщена на офіційній веб-сторінці Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/dokuments/propozycziya-uklasty-elektronnyj-dogovir-strahuvannya-za-produktu-tas-likar-oferta-kyvivstar>.

Дана Пропозиція дійсна з 20 березня 2025 року.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ.

Асистуюча компанія (асистанс)– суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування, а також організовує проведення медичних обстежень для Застрахованих осіб або Страхувальників перед укладення договору страхування.

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

Вигодонабувач - особа або категорія осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства.

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 перебуває в будь-якій стадії клінічних випробувань.

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

Застрахована особа - фізична особа, визначена страховальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатності якої є об'єктом страхування за договором страхування;

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.

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

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.

Заклад охорони здоров'я (лікарня, медичний заклад) – 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.

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

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.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування;

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

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

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.

Пакет страхування – це сукупність страхового покриття в рамках програми страхування страхового продукту, що містить певний перелік страхових випадків, які передбачені конкретним договором страхування за страховим продуктом.

Програма страхового продукту – це вид покриття в рамках страхового продукту, що має однорідні критерії об'єкту та предмету страхування.

Професійний спорт – заняття спортом на підставі контрактів з відповідними товариствами, підприємствами, установами, організаціями, клубами тощо з метою отримання заробітної платні або іншої матеріальної винагороди за підготовку до спортивних змагань та/або участі у них;

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.

Регулятор - Національний банк України;

Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору;

Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства;

Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;

Страхувальник - особа, яка уклала із страховиком договір страхування;

Строк страхового покриття - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору ;

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.

Таємниця страхування - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома страховику (перестраховику) або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестрахування) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;

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

Інші терміни, що використовуються в цій Пропозиції, вживаються в значеннях, наведених у Законі України «Про страхування», Законі України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та інших законах та підзаконних нормативно-правових актах, включаючи нормативно-правові акти Національного банку України.

2. СТРАХОВИК.

Найменування Страховика: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС»

Місцезнаходження Страховика: 01001, м. Київ, вулиця Руставелі Шота, буд. 16.

Адреса електронної пошти Страховика: sktas@taslife.com.ua

Інформаційна лінія Страховика: 0 (44) 537 37 40.

Реквізити для сплати страхових внесків: UA313052990000026504006800349 в АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК», Код ЄДРПОУ 30929821

3. СТРАХУВАЛЬНИК.

Страхувальником за Договором страхування здоров'я за страховим продуктом «ТАС - Лікар» (надалі – Договір страхування) може бути фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, що зазначена у Договорі страхування.

Страхувальник, який уклав Договір страхування, об'єктом якого є його життя та/або здоров'я, на власну користь одночасно є Застрахованою особою. Страхувальник може укласти Договір страхування як про страхування власного життя та/або здоров'я, так і **про страхування життя та/або здоров'я третьої особи (Застрахованої особи) обов'язково повідомивши таку Застраховану особу про укладений на її користь Договір страхування та отримавши її письмову згоду.** Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування.

4. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА.

4.1. Застрахованою особою може бути фізична особа-резидент вік якої на дату укладення договору страхування становить від 18 (вісімнадцяти) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років. На момент закінчення дії договору страхування Застрахованій особі не повинно бути більше 65 (шістдесяти п'яти) повних років.

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

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, атеросклероз, 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 Страховика 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.

5. ВИГОДОНАБАВАЧ (ОТРИМУВАЧІ ВИПЛАТИ).

За страховими випадками, передбаченими Договором страхування, Вигодонабувачем (отримувачем виплати) є Застрахована особа, у разі, якщо Застрахована особа є неповнолітньою особою, отримувачем виплати є батьки (усиновителі) або опікуни.

6. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ ТА ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.

6.1. Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

6.2. Об'єктом страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

7. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (РИЗИКІВ).

7.1. Страховим ризиком за цим Договором страхування є:

7.1.1. Настання критичного захворювання та/або стану, визначеного договором страхування, що потребує лікування.

7.2. Страховими випадками за страховим ризиком, передбаченим в п.7.1. цієї Пропозиції, вважаються:

7.2.1. Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування, відповідно до наведеного нижче переліку та які входять до обраного пакету страхування за відповідною обраною програмою страхового продукту:

7.2.1.1. 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.)

7.2.1.1.1. Протягом дії Договору страхування страховим випадком вважається критичний стан Застрахованої особи, що вимагає трансплантації кісткового мозку для неповнолітніх Застрахованих осіб, та який, за думкою сертифікованого медичного фахівця, що погоджений зі Страховиком, виник в результаті онкологічного захворювання на яке Застрахована особа почала страждати, або воно було діагностовано, або про нього стало відомо Застрахованій особі вперше після закінчення періоду очікування, визначеного у п. 10.2 цієї Пропозиції.

7.2.1.1.1.1. 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.

6. 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.

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

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);

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.

7.2.2. Хірургічне втручання внаслідок вище перелічених хвороб, яка настала під час дії Договору страхування (надалі –Хірургічне втручання).

Страховим випадком за цим ризиком вважається фізичний (ургентний) стан внаслідок однієї з вище перелічених хвороб, 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.

7.3. За цим Договором страхування передбачена додаткова опція «Міжнародна медична консультація», яка 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 <https://www.diagnose.me/taslife> від партнера «Diagnose.me».

8. ПАКЕТИ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ВНЕСОК.

8.1. Валюта договору страхування: євро.

8.2. Розмір страхової суми, страхового внеску, страхового тарифу та обсяг страхового покриття буде залежати від обраної Страхувальником програми страхового продукту та пакету страхування. Інформація про обраний Страхувальником пакет страхування зазначається у Акцепті до цієї Пропозиції.

8.3. Пакети страхування, які входять до програми «ТАС-Лікар Україна» страхового продукту «ТАС-Лікар»:

Наявність позначки «Ні» означає, що таке покриття за такою програмою страхового продукту та пакетом

Страхове покриття/Пакет страхування	Пакет страхування «Онко»	Пакет страхування «Кардіо»
Страхова сума за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	100 000,00	150 000,00
Рак (злоякісне новоутворення)	Так	Так
Кардіохірургія	Ні	Так
Страхова сума за страховим випадком «Хірургічне втручання» при ургентних станах, євро.	-	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	Так	Так

8.4. Пакети страхування, які входять до програми «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар»:

Наявність позначки «Ні» означає, що таке покриття за такою програмою страхового продукту та пакетом

Страхове покриття/Пакет страхування	Пакет страхування «ОнкоСвіт»	Пакет страхування «КардіоСвіт»
Страхова сума за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	250 000,00	250 000,00
Рак (злоякісне новоутворення)	Так	Так
Кардіохірургія	Ні	Так
Страхова сума за страховим випадком «Хірургічне втручання» при ургентних станах, євро.	-	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	Так	Так

8.5.

Розміри страхових внесків в залежності від обраного пакету страхування відповідної програми «ТАС-Лікар Україна» та «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар»:

8.5.1. Для Застрахованих осіб віком від 18 (вісімнадцяти) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років

Пакети страхування	«Онко»	«Кардіо»
Вік Застрахованої особи	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років
Річний страховий внесок, євро	105,00	225,00
Піврічний страховий внесок, євро	63,00	133,00
Щоквартальний страховий внесок, євро	37,00	72,00
Щомісячний страховий внесок, євро	11,00	23,00

Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»
Річний страховий внесок, євро	280,00	380,00
Піврічний страховий внесок, євро	153,00	203,00
Щоквартальний страховий внесок, євро	77,00	102,00
Щомісячний страховий внесок, євро	26,00	36,00

8.5.2. Для Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17 (сімнадцяти) років включно до дня досягнення 18-річного віку

Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»
Річний страховий внесок, євро	60,00	90,00
Піврічний страховий внесок, євро	33,00	53,00
Щоквартальний страховий внесок, євро	17,00	27,00
Щомісячний страховий внесок, євро	6,00	11,00

8.6. Страховий тариф за Договором страхування визначається шляхом ділення страхового внеску на страхову суму та зазначається у Договорі страхування.

8.7. 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.

8.8. 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» на кожний наступний страховий рік встановлюється у розмірі 100% страхової суми, визначеної Договором страхування за цим страховим випадком.

8.9. 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.

8.10. 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.

8.11. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий внесок у строк, передбачений Договором страхування, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими договором страхування, 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.

8.12. У разі не сплати чергового страхового внеску у вищезазначений період страхове покриття за Договором страхування припиняється, при цьому Страхувальник має право поновити страхове покриття за таким Договором страхування протягом 120 календарних днів від дати, яка визначена Договором як дата сплати чергового страхового внеску за умови надання Страховику декларації про стан здоров'я Застрахованої особи. Після закінчення такого 120 денного періоду 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.

8.13. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов Договору страхування встановлюється у розмірі 40 % страхового тарифу.

8.14. Страховий внесок за Договором страхування сплачується Страхувальником у розмірах, строки та з періодичністю, що визначені Договором страхування.

8.15. Згідно цієї Пропозиції за Договором страхування можуть застосовуватись акційні пропозиції Страховика (за наявності) на умовах, розміщених на сторінці веб сайту Страховика, де розміщується інформація про страховий продукт «ТАС-Лікар» за посиланням: <https://taslife.com.ua/lifemarket/tas-likar>.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

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

9.2. Цю Пропозицію складено та підписано в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Пропозиція розміщена Страховиком в мережі Інтернет за посиланням: https://taslife.com.ua/dokuments/propozycja-uklasty-elektronnyj-dogovor-strahuvannya-za-produktom-tas-likar-oferta_kyivstar та доступна для вільного ознайомлення.

Відповідно до положень ч. 3 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію» Договір страхування вважається укладеним з моменту одержання та підписання Страховиком або Страховим посередником (за наявності) відповіді Страхувальника про прийняття (Акцепту) даної Пропозиції. Акцепт є Додатком до цієї Пропозиції та розміщений за посиланням: https://taslife.com.ua/dokuments/akcept-oferty-za-produktom-tas-likar_kyivstar.

При цьому, вказаний Акцепт повинен бути підписаний Страхувальником з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» та уповноваженою особою Страховика шляхом використання кваліфікованого електронного підпису або удосконаленого електронного підпису із кваліфікованим сертифікатом, якщо це не суперечить законодавству України.

9.3. Порядок прийняття Пропозиції та підписання Договору страхування

9.3.1. Безумовним прийняттям (Акцептом) умов цієї Пропозиції Страхувальником вважається послідовна сукупність таких дій:

9.3.1.1. Заповнення електронної заяви про укладення Договору, тобто внесення Страхувальником через ІТС Страховика (<https://taslife.com.ua/lifemarket/taslikarkyivstar>) відомостей, необхідних для укладення Договору страхування, а саме: його персональних даних (прізвища, ім'я, по батькові, адреси реєстрації, дати народження, реєстраційного номеру облікової картки платника податку, номеру телефону мобільного зв'язку, email, тощо) та даних про Застраховану особу (прізвища, ім'я, по батькові, адреси реєстрації, дати народження) згідно наданої Страховиком/Страховим посередником (за наявності) форми, а також вибір Страхувальником страхової суми, страхового внеску, строку дії, із запропонованих Страховиком варіантів, внесення та підтвердження правильності внесення даних.

9.3.1.2. Підписання електронного Договору відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком одноразового

ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика (<https://taslife.com.ua/lifemarket/taslikarkyivstar>) отриманого одноразового ідентифікатора. В результаті вказаної дії електронний підпис Страхувальника одноразовим ідентифікатором додається/приєднується до Акцепту (Акцепт є підписаним Страхувальником).

9.3.1.3. Сплата страхового внеску у розмірі, визначеному у Акцепті.

9.4. Сторони домовилися, що отримання від Страховика Страхувальником підписаного Сторонами Акцепту здійснюється тільки після сплати страхового внеску.

9.5. Після зазначеного підписання Страховик через відповідну ІТС пересилає на адресу електронної пошти Страхувальника підписаний Сторонами Акцепт, який одночасно є підтвердженням вчинення електронного правочину (Договору страхування) з боку Страховика.

9.6. Моментом одержання Страховиком підписаного Страхувальником Акцепту є момент підписання вказаного Акцепту Сторонами Договору страхування.

9.7. Ця Пропозиція може бути прийнята Страхувальником виключно на умовах в ній зазначених. Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови Договору страхування.

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

9.9. Отримання Страхувальником Договору страхування у формі, що унеможливило зміну змісту: за письмовою заявою Страхувальника Страховик виготовляє та надає йому, у строк до 30 календарних днів, паперові копії цієї Пропозиції та підписаного Сторонами Акцепту, завірені у відповідності до вимог законодавства України.

9.10. Договір страхування складається з цієї Пропозиції, Загальних умов страхового продукту «ТАС-Лікар» та Акцепту і є укладеним в письмовій формі відповідно до ст.97 Закону України «Про страхування», ст. 3, 11, 12 Закону України «Про електронну комерцію». По питаннях та умовах Договору, що не відображені (не врегульовані) у Договорі, Сторони керуються положеннями Загальних умов страхового продукту «ТАС-Лікар» та чинного законодавства.

9.11. Страхувальник, приймаючи цю Пропозицію шляхом підписання вищевказаного Акцепту, підтверджує та визнає, що до укладення Договору страхування його було повідомлено (шляхом надання Страхувальнику доступу до відповідної інформації на власному веб-сайті Страховика) інформацію про страховий продукт, про Страховика, про страхового посередника (у разі його наявності), та 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 є правильною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся інформація та всі умови Договору страхування та Загальні умови йому зрозумілі.

9.12. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком/страховим посередником (у разі його наявності) одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Договору страхування Страхувальнику.

9.13. Прийняттям цієї Пропозиції Страхувальник засвідчує те, що ознайомлений та згідний з умовами Договору страхування, Загальними умовами, своїми правами як суб'єкта персональних даних відповідно до ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних». Реєстрація у ІТС Страховика (<https://taslife.com.ua/lifemarket/taslikarkyivstar>) є дією Страхувальника, що свідчить про його намір укласти Договір страхування, та означає надання ним згоди на використання та обробку його персональних даних і вчинення інших дій, передбачених Законом України «Про захист персональних даних».

9.14. 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 (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).

9.15. Кореспонденція, повідомлення від Страховика Страхувальнику надсилаються за адресою Страхувальника, вказаною в Акцепті, або за адресою, яка повідомлена Страховику згідно умов Договору страхування.

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

10.1. Строк дії Договору страхування визначається у Акцепті до цієї Пропозиції.

10.1.1. Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою сплати на рахунок Страховика 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, та діє до 23 годин 59 хвилин дати, вказаної в Договорі страхування як дата закінчення його дії.

10.2. Страховий захист за страховими випадками, передбаченими цією Пропозицією («Рак (злоякісне новоутворення)», «Кардіохірургія» та «Хірургічне втручання») вступає в дію тільки після закінчення періоду очікування вступу в дію страхового покриття – 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування або відновлення дії страхового покриття. Захворювання та/або критичний стан, що визначені в пп. 7.2.1.1, 7.2.1.2, 7.2.2 цієї Пропозиції, які діагностовані у Застрахованій особи протягом періоду очікування вступу в дію страхового покриття, не вважаються Страховиком страховими випадками і страхова виплата не здійснюється.

10.3. Територія дії Договору страхування. Договір страхування діє на території України за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.

10.4. Територією надання Застрахованій особі медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювань та/або станів, визначених в пп. 7.2.1.1, 7.2.1.2, 7.2.2 цієї Пропозиції, є:

10.4.1. За програмою «ТАС-Лікар Україна» страхового продукту «ТАС-Лікар» територією надання медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених договором страхування, є **Україна, за виключенням** територій України, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.

10.4.2. За програмою «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар» територією надання медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювання та/або станів, визначених договором страхування, 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, може бути Україна.

11. МЕДИЧНІ ТА ІНШІ ВИТРАТИ, ЩО ПОКРИВАЮТЬСЯ ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.

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

11.2. Відповідно до умов цієї Пропозиції покриваються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями/станами, детальна інформація про які викладена в п.7.2. цієї Пропозиції, та передбачені пакетом страхування, що обрав Страхувальник:

11.2.1. 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.

11.2.2. 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.

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

- 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;
- огляд лікарів;

- діагностичні медичні втручання, що виконуються медичними установами, в т. ч. лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика;
- лікувальні медичні втручання в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними установами, за погодженням зі Страховиком;
- лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні.

11.3. Витрати, зазначені в п. 11.2 цієї Пропозиції, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.7.2. цієї Пропозиції, 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.

11.3.1. Протягом наступних 12 місяців (перший рік) після дати завершення лікування Страховик покриває в повному обсязі витрати на лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні та не більше 4 (чотирьох) консультацій лікарів на території України, незалежно від обраного пакету страхування, з покриттям витрат, зазначених в п.п. 11.2.1-11.2.2 цієї Пропозиції.

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

11.4. 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.

11.5. При лікуванні злоякісного новоутворення протягом дії Договору страхування - лімфоми або лейкозії, 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, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, в рамках страхового покриття за страховим випадком, визначеним у п. 7.2.1.1. цієї Пропозиції, Страховик покриватиме витрати, пов'язані з трансплантацією кісткового мозку за умови дотримання вимог, передбачених п. 7.2.1.1.1. цієї Пропозиції, та з урахуванням лімітів, передбачених у п.11.7.1-11.7.6 цієї Пропозиції.

11.6. 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 цим страховим продуктом передбачено покриття витрат на ліки, затверджені FDA (U.S. Food and Drug Administration) и EMA (European Medicines Agency). У випадку лікування на території України, за цим страховим продуктом передбачено покриття витрат на ліки, 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 днів.

11.7. За умови, якщо 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:

- Витрати на медичне обстеження (діагностику) та лікування, передбачені програми страхування, які були надані Застрахованій особі під час госпіталізації в лікарні, протягом якої була проведена трансплантація, або на медичне лікування;
- Оплата праці лікаря-хірурга та витрат на операцію, що понесені під час виконання трансплантації або медичного лікування;
- Оплата госпіталізації Застрахованої особи в лікарні до 30 (тридцяти) днів перед виконанням трансплантації або за медичне 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;

11.7.1. 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:

11.7.1.1. 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.

11.7.2. 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;

11.7.3. 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;

11.7.4. 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;

11.7.5. 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.

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

11.8. 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.

12. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ У СТРАХУВАННІ.

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

12.1.1. 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;

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

12.1.3. Необхідності надання послуг Застрахованій особі, в результаті настання критичного захворювання та/або медичного стану, що потребує лікування, що передбачені Договором страхування, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;

12.1.4. Необхідності психохірургії;

12.1.5. 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;

12.1.6. Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, в т.ч. трансплантації кісткового мозку будь-якого виду, якщо це не передбачено покриттям обраного пакету страхування;

12.1.7. Необхідності трансплантації кісткового мозку будь-якого виду для осіб старших за 18 років;

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

12.1.8. 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;

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

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

12.2.1. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування, 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;

12.2.2. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали 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);

12.2.3. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали 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, парашутизм, дельтапланеризм.

12.2.4. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;

12.2.5. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали 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;

12.2.6. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали під час або в результаті управління Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

12.2.7. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали в результаті здійснення Застрахованою особою протиправних діянь, а також в результаті вчинення або підготовки терористичного акту;

12.2.8. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали в результаті навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, спроби самогубства, в тому числі пов'язаного з психічними захворюваннями або розладами поведінки;

12.2.9. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та лікування якого передбачає застосування експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в країні призначення;

12.2.10. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали у зв'язку зі службою Застрахованої особи в різних збройних силах, а також службою в армії, поліції, пожежній та пенітенціарних службах.

12.2.11. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали 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.

12.2.12. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали внаслідок застосування проти Застрахованої особи будь-якого виду зброї масового ураження, в тому числі ядерної, хімічної та біологічної зброї.

12.2.13. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування та настали 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 договором страхування, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення договору страхування;

12.2.14. Критичне захворювання та/або стан, що передбачені Договором страхування, 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.

13. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

13.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

- 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) несвочасне повідомлення Страхувальником або 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 страхування;
- 7) наявність інших підстав, встановлених законодавством.

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

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

13.2.2. 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.

13.2.3. Для критичного захворювання та/або стану, який передбачений цією Пропозицією, 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).

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

14.1. Страхувальник має право:

14.1.1. відмовитись від Договору страхування в порядку, визначеному Договором страхування або чинним законодавством;

14.1.2. отримувати страхову виплату у разі настання страхового випадку, виходячи з умов Договору страхування;

14.1.3. отримувати засвідчену копію Договору страхування, в тому числі його електронну копію, у разі втрати оригінального примірника Договору страхування;

14.1.4. вносити зміни до умов Договору страхування за згодою Сторін;

14.1.5. отримувати інформацію за Договором страхування;

14.1.6. за погодженням із Страховиком, передавати свої права та обов'язки за Договором страхування іншій особі;

14.1.7. протягом дії Договору 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.

14.2. Страхувальник зобов'язаний:

14.2.1. при укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, 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;

14.2.2. ознайомитись з Умовами страхового продукту перед укладенням Договору страхування;

14.2.3. сплачувати страхові внески у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

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

- 14.2.5.** підтвердити факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, надавши документи, передбачені п.15.2 цієї Пропозиції;
- 14.2.6.** вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 14.2.7.** повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача.
- 14.3. Страховик має право:**
- 14.3.1.** 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, перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов договору страхування, самостійно проводити перевірку обставин настання подій, що мають ознаки страхових випадків, робити запити про відомості, пов'язані із подією, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також може самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
- 14.3.2.** з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування, виконання та супроводження Договору страхування, здійснювати відповідно до вимог законодавства України обробку персональних даних (збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення відомостей про фізичну особу), які Страхувальник надав Страховику. Право на обробку персональних даних, зазначене вище, поширюється на будь-яких третіх осіб, яким Страховик надав таке право відповідно до вимог законодавства України. Під персональними даними розуміються всі відомості, які Страхувальник надав Страховику при укладенні договору страхування;
- 14.3.3.** здійснювати комунікації із Страхувальником/Застрахованою особою, Вигодонабувачем, пов'язані із супроводженням Договору страхування, з фіксацією розмов технічними засобами, а також передавати відповідні повноваження третім особам;
- 14.3.4.** за згодою Страхувальника вносити зміни до Договору страхування у зв'язку зі змінами обставин, якими Сторони керувались під час укладення Договору страхування та/або внесення змін до умов Договору страхування. У разі, якщо Сторони не дійшли згоди з приводу внесення змін до Договору страхування, такий Договір страхування припиняє свою дію з дати, зазначеної в листі Страховика;
- 14.3.5.** достроково припинити дію Договору страхування у випадку ненадання взагалі або надання Страхувальником неправдивих та/або неповних відомостей про об'єкт страхування, які мали істотне значення для оцінки страхового ризику та прийняття рішення щодо можливості укладення Договору страхування або внесення до нього змін, повідомивши про це Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення;
- 14.3.6.** відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до положень, зазначених у Розділі 12 та 13 цієї Пропозиції та/або у Договорі страхування;
- 14.3.7.** припинити дію Договору страхування, у випадку несплати Страхувальником страхового внеску в розмірі та у строки, визначені Договором страхування;
- 14.3.8.** встановлювати обмеження щодо дії страхового покриття за страховими ризиками, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо;
- 14.3.9.** запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати, а також самостійно перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію про обставини настання страхових випадків;
- 14.3.10.** передати права та обов'язки за Договором страхування іншому Страховику, який має відповідну ліцензію на право здійснення страхової діяльності за класом страхування 2, за умови згоди Страхувальника та Застрахованої особи, що оформлюється тристоронньою Додатковою угодою до Договору страхування.

14.4. Страховик зобов'язаний:

- 14.4.1.** перед укладенням Договору страхування забезпечити Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника (за наявності) та отримати підтвердження Страхувальника 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;
- 14.4.2.** 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;

14.4.3. при відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови;

14.4.4. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства України.

14.4.5 надати Страхувальнику дублікат Договору страхування за його письмовим запитом;

14.5. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо впливають з Договору страхування.

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

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

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

14.9. Права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

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

15.1.1. Протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Страховика про її настання у будь-який зручний спосіб.

15.1.2. Надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини настання події, що має ознаки страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика.

15.1.3. У термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи відповідно до п. 15.2 цієї Пропозиції. 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.

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

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

15.2.1. 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/inshi-dokumenty/zayavy-na-vyplatu;

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

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

15.2.4. 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;

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

15.2.6. Оригінали документів, що підтверджують понесення витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, передбачених Договором страхування та погоджених Страховиком у зв'язку із настанням страхового випадку, передбаченого Договором.

16. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

16.1. 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 документів, передбачених у п.15.2 цієї Пропозиції, 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 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.

16.2. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 16.1 цієї Пропозиції, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення, 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.

16.3. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 16.1 цієї Пропозиції, 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 цієї Пропозиції, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

16.4. Протягом терміну, визначеного у п.16.3 цієї Пропозиції, 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 Застрахованої особи.

16.5. 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.

16.6. 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 Договорі страхування:

- 1) закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає (надавав, надаватиме) медичну допомогу, медичні та/або інші послуги, передбачені цією Пропозицією та 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 собі асистуючі послуги та/або здійснює (здійснювала, буде здійснювати) оплату за медичну допомогу, медичні та/або інші послуги застрахованій особі, передбачені цією Пропозицією та 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.

16.7. 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 Договору страхування, 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 Договором страхування, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування.

16.8. 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 договором страхування, 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 злочинного новоутворення у розмірі 25 000 (двадцять п'ять тисяч) євро, а у разі необхідності кардіохірургії - 10 000 (десять тисяч) євро.

16.9. 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, які передбачені п.15.2 цієї Пропозиції, у розмірі 100% страхової суми за цим страховим випадком, встановленої Договором страхування.

17. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ.

17.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика як шляхом підписання додаткової угоди до Договору страхування, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає, а також у інший спосіб та порядок, що не суперечить законодавству України.

17.2. 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.

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

17.4. Страховик має право передати права та обов'язки за Договором страхування іншому Страховику, який має відповідну ліцензію, за умови згоди Страхувальника, що оформлюється тристоронньою додатковою угодою до Договору страхування.

17.5. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- закінчення строку дії договору страхування;
- несплати страхувальником страхового внеску згідно цих умов та договору страхування;
- ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
- ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Вигодонабувачем) у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку;
- в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

17.6. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або страховика у випадках передбачених умовами договору страхування.

17.7. 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.

17.8. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення частини сплаченого страхового внеску готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися Страхувальником в безготівковій формі.

17.9. Страховик повертає страхувальнику частину сплаченого страхового внеску за договором, у разі:

- дострокового припинення дії договору страхування страховиком або страхувальником;
- розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України;
- припинення страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
- передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та дострокового припинення договору страхування страхувальником відповідно до статті 56 Закону.

17.10. 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:

17.10.1. страхувальнику за таких обставин:

- на підставі вимоги страхувальника, не пов'язаної із порушенням страховиком умов договору страхування;
- на підставі вимоги страховика, пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування;
- у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України.

17.11. Страховик повертає страхувальнику всю суму сплаченого страхового внеску за період страхування, у якому відбувається дострокове припинення дії договору страхування у випадку:

- вимоги страхувальника в разі порушення страховиком умов договору страхування;
- вимоги страховика, не пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування;
- припинення страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним.

17.12. Страхувальнику повертається страховий внесок (частина страхового внеску) протягом 10 (десяти) робочих днів від дати припинення дії договору страхування. Для дострокового припинення дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати у письмовій формі наступні документи:

- 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-ynesennya-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.

17.13. Страховик несе майнову відповідальність за несвочасне повернення Страхувальнику частини страхового платежу при достроковому припиненні дії договору страхування з урахуванням встановленого індексу інфляції за весь час прострочення, а також 3 (три) відсотки річних від простроченої суми.

17.14. 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.

17.15. Повернення частини страхового платежу не здійснюється у разі дострокового припинення дії договору страхування, якщо страховиком виконано зобов'язання перед страхувальником у повному обсязі.

18. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

18.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

- Договору страхування, строк дія якого становить менше 30 календарних днів;
- випадку, якщо за Договором страхування повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку;
- випадку, передбаченому у пункті 18.1.1 цієї Пропозиції.

18.1.1. Страхувальник має право протягом 45 календарних днів з дня отримання Договору страхування відмовитися від такого Договору, якщо Договір містить розбіжності із електронною заявою про укладення Договору, заповненою і поданою Страхувальником відповідно до вимог п. 9.3.1.1 цієї Пропозиції.

18.2. 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.

18.3. 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.

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

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

19.4. Позов за вимогами, пов'язаними із Договором страхування, може бути пред'явлений Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України

20. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

20.1. Про настання страхового випадку необхідно повідомити Страховика:

- зателефонувавши за номером 044 5373740, або
- написавши на електронну адресу sktas@taslife.com.ua, або
- заповнивши форму на сайті: <https://taslife.com.ua/strahova-podiya>.

21.ІНШІ УМОВИ

21.1. Асистуючою компанією-партнером Страховика в рамках виконання Договору страхування надаються додаткові послуги:

- 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.
- 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;
- 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.

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

21.3. Порядок розгляду звернень споживачів до Страховика, а також інформацію про захист прав споживачів, в тому числі уповноважені державні органи, до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг розміщені на сайті Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/zahystspozuvachiv;

21.4. Інформація про черговість задоволення вимог споживачів за договорами страхування, які можуть виникнути в разі визнання Страховика банкрутом, відповідно до частини 9 статті 92 Кодексу України з процедур банкрутства розміщена на сайті Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/zahystspozuvachiv.