

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТАНДАРТНОГО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «ТАС-ЛІКАР»
(РЕДАКЦІЯ-02)
(ДІЮТЬ З 09.06.2025 РОКУ)

ЗМІСТ

1. Клас страхування:	3
2. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування:	3
3. Найменування та адреса Страховика:	5
4. Предмет страхування та об'єкт страхування:	5
5. Основні умови страхового покриття за договором страхування:	6
6. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору:	21
7. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки: 23	
8. Порядок відмови від Договору страхування:	27
9. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку:	27
10. Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат:	28
11. Медичні та інші витрати, що покриваються цим страховим продуктом.....	29
12. Порядок укладення Договору страхування:	33
13. Підстави відмови у страховій виплаті:	34
14. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування:.....	35
15. Порядок вирішення спорів:.....	38
16. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку:	38
17. Інші умови:	38
Додаток 1. до Загальних умов стандартного страхового продукту «ТАС-Лікар».....	39

1. **Клас страхування:**
Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «ТАС-Лікар» (надалі – Загальні умови) розроблені в межах **класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»** відповідно до Закону України «Про страхування» № 1909-IX від 18.11.2021 р. та інших нормативно-правових актів України.
2. **Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування:**
 - 2.1. **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.
 - 2.2. **Вигодонабувач** - особа або категорія осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до закону.
 - 2.3. **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.
 - 2.4. **Екстремальний спорт/хобі** – спорт, як правило, пов'язаний із небезпекою для життя, в тому числі будь-які заняття моторизованими / немоторизованими водними, наземними або будь-якими повітряними, підводними, підземними видами спорту та/або хобі, кінним спортом, паркур, тріалом, бойовими єдиноборствами та боротьбою. До цього визначення належать також види спорту та/або хобі, під час зайняття/підготовки до яких використовуються зброя, троси, мотузки, підвісні системи, шоломи або захисне екіпірування, у тому числі похід у гори та на пересічній місцевості;
 - 2.5. **Застрахована особа** - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування;
 - 2.6. **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.
 - 2.7. **Життєво важливі органи** - серце, легені, печінка, нирки, підшлункова залоза.
 - 2.8. **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.
 - 2.9. **Країна призначення** – країна, де Застрахована особа, відповідно до Договору страхування, має право на отримання медичної допомоги.
 - 2.10. **Лікар** – спеціаліст (експерт) у певній галузі медицини, який на законних підставах уповноважений здійснювати медичну практику у Країні призначення.
 - 2.11. **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.

- 2.12. **Невідкладна стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг з надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин з моменту виникнення) стаціонарному лікуванні;
- 2.13. **Неінвазійний рак або рак «in situ»** - злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини;
- 2.14. **Неповнолітня особа** – це Застрахована особа, яка не досягла 18 (вісімнадцяти) років.
- 2.15. **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;
- 2.16. **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.
- 2.17. **Пакет страхування** – це сукупність страхового покриття в рамках програми страхування страхового продукту, що містить певний перелік страхових випадків, які передбачені конкретним договором страхування за даним страховим продуктом.
- 2.18. **Програма страхового продукту** – це вид покриття в рамках страхового продукту, що має однорідні критерії об'єкту та предмету страхування.
- 2.19. **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;
- 2.20. **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.
- 2.21. **Реабілітаційна програма** - програма лікування у фахівця з реабілітації, яка дозволить Застрахованій особі максимально відновити якість життя після подій, які є страховим випадком згідно з п.5.7.1.5 цих Загальних умов.
- 2.22. **Регулятор** - Національний банк України;
- 2.23. **Стандартний страховий продукт** - страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів;
- 2.24. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування;
- 2.25. **Страховий внесок** - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування;
- 2.26. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку;
- 2.27. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування;
- 2.28. **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;

- 2.29. **Страховий ризик** - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;
- 2.30. **Страховий тариф** - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття;
- 2.31. **Страхувальник** - особа, яка уклала із страховиком Договір страхування;
- 2.32. **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 страхування;
- 2.33. **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 Україні призначення. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), друг.
- 2.34. **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 (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;
- 2.35. **Хірург** – фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у Україні призначення в якості "фахівця з хірургії".
- 2.36. **Центр реабілітації** - медичний заклад, офіційно визнаний в Україні призначення реабілітаційною клінікою.
- 2.37. Інші терміни, що використовуються в цих с, 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.
- 2.38. Договір страхування може містити інші терміни, не вказані в цих Загальних умовах або може містити зазначені терміни в іншій інтерпретації, уточнені та/або деталізовані, що визначається за домовленістю сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.
- 2.39. Відповідно до вимог чинного законодавства Договір страхування не може містити понять та/або термінів, які за своєю економічною суттю пересікаються та/або збігаються з іншими поняттями або термінами, визначеними законодавством України та понять та/або термінів, визначених законодавством України, у власній інтерпретації Страховика таких понять та/або термінів.

3. **Найменування та адреса Страховика:**

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

4. **Предмет страхування та об'єкт страхування:**

- 4.1. **Предметом договору страхування** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.
- 4.2. **Об'єктом страхування** є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
- 4.3. За Договором страхування, укладеним за цим страховим продуктом, **Страхувальниками та Застрахованими особами** в залежності від програми страхового продукту можуть бути наступні особи:

- 4.3.1. **Страховальником** за Договором страхування за програмою «ТАС–Лікар Україна» та «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар» може бути фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років або юридична особа, що зазначена у Договорі страхування.
- 4.3.2. За програмою «ТАС– Лікар Україна» страхового продукту «ТАС-Лікар» **Застрахованою особою** може бути фізична особа 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.
- 4.3.3. За програмою «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар» **Застрахованою особою** може бути фізична особа 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.
- 4.3.4. **Страховальником** за Договором страхування за програмою «ТАС – Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» може бути фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, що зазначена у Договорі страхування.
- 4.3.5. За програмою «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» **Застрахованими особами** можуть бути:
- 4.3.5.1. 1 (одна) або 2 (двоє) фізичних осіб-резидентів, що зазначені у Договорі страхування, вік яких становить від 18-ти (вісімнадцяти) до 49-ти (сорока дев'яти) років на момент укладення Договору страхування. Застраховані особи, визначені в цьому пункті, є батьками (усиновителями, опікунами) для осіб, зазначених в п.4.3.5.2 цих Загальних умов, при цьому між собою вони можуть перебувати як в цивільному так і в зареєстрованому шлюбі. Один із 2 (двох) Застрахованих осіб обов'язково повинен виступати Страховальником за таким Договором страхування. Дія страхового покриття припиняється по відношенню до конкретної Застрахованої особи при досягненні 50-ти років.
- 4.3.5.2. До 20-ти фізичних осіб-резидентів, що зазначені у Договорі страхування, вік яких становить від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років на момент укладення Договору страхування, та які по відношенню до Застрахованих осіб, визначених в п.4.3.5.1 цих Загальних умов, є членами однієї родини - дітьми, в тому числі усиновленими та/або над якими встановлена опіка. Дія страхового покриття припиняється по відношенню до конкретної Застрахованої особи при досягненні 18-ти років.
- 4.3.6. **Страховальником** за Договором страхування за програмою «ТАС – Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» може бути юридична особа, фізична особа-підприємець або фізична особа, що зазначена у Договорі страхування.
- 4.3.7. За програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» **Застрахованими особами** можуть бути: фізична особа - резиденти чи нерезиденти України, що об'єднані одним роботодавцем (штатні та позаштатні працівники) віком від 18 (вісімнадцяти) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років на момент укладення. Кількість Застрахованих осіб може бути від 10 осіб.

5. Основні умови страхового покриття за договором страхування:

- 5.1. **Строк дії договору страхування** за цим страховим продуктом становить від 1 (одного) року до 20 (двадцяти) років.

Продовження строку дії Договору страхування може проводитися тільки шляхом його збільшення до максимального строку дії Договору, передбаченого цими Загальними умовами з урахуванням вікових обмежень осіб, які можуть бути застрахованими.

При цьому за програмою «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» на момент закінчення дії договору страхування вік найстаршої Застрахованої особи, визначеної в п.4.3.5.1 цих Загальних умов, має не перевищувати 50 (п'ятдесяти)

років та наймолодшої Застрахованої особи, визначеної в п. 4.3.5.2 цих Загальних умов – 18 (вісімнадцяти) років на момент закінчення дії Договору.

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.

- 5.2. 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 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 в п. 5.7. цих Загальних умов, які діагностовані у Застрахованої особи протягом періоду очікування вступу в дію страхового покриття, не вважаються Страховиком страховими випадками і страхова виплата не здійснюється. Період очікування вступу в дію страхового покриття при укладенні Договорів страхування за програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» визначається Сторонами в Договорі страхування.
- 5.3. **Територія дії Договору страхування.** Договір страхування діє на території України за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження.
- 5.4. Територією надання Застрахованій особі медичних та інших послуг з діагностики та лікування захворювань та/або станів, визначених в п.5.7.цих Загальних умов, є:
 - 5.4.1. **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.
 - 5.4.2. **За програмами ТАС-Лікар Міжнародний та «ТАС-Лікар Сімейний» 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, визначених положеннями цих Загальних умов, крім «Трансплантації життєво важливих органів» може бути Україна.
 - 5.4.3. **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.
- 5.5. **Страховим ризиком за цим страховим продуктом є:**
 - Настання критичного захворювання та/або стану, визначеного Договором страхування, що потребує лікування,
- 5.6. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку та які настали до набрання чинності Договором страхування, якщо це не передбачено Договором страхування.
- 5.7. **Страховими випадками за страховими ризиками, передбаченими в п.5.5. цих Загальних умов, вважаються:**
 - 5.7.1. **Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування, відповідно до наведеного нижче переліку та які входять до обраного Страхувальником пакету страхування за програмою страхового продукту:**
 - 5.7.1.1. **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 (до 1 мм включно), 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.)

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

1. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає **відновлення кровотоку в артеріях серця**, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій **за допомогою обхідних трансплантатів (шунтів)**;
2. Критичний стан Застрахованої особи, що вимагає **заміни або лікування** одного або декількох **серцевих клапанів**.

В тому числі, страховим випадком буде вважатися критичний стан Застрахованої особи, що вимагає **хірургічної операції з пластики судин серця, стентування, або хірургічного лікування порушень серцевого ритму**.

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

5.7.1.3. 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.

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

Ургентні стани Застрахованої особи, описані у п.5.7.1.2. та 5.7.1.3. цих Загальних умов, що потребують проведення екстреного стаціонарного лікування (невідкладної стаціонарної допомоги), не визнаються страховим випадком, відповідно до п.5.5 цих Загальних умов.

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

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 п. 5.2 цих Загальних умов.

5.7.1.4.1. 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.

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.

5.7.1.5. 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**).

5.7.1.5.1. **Захворювання і травми головного мозку:**

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

5.7.1.5.2. **Захворювання і травми спинного мозку та хребта:**

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

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

7. Ампутації кінцівки;
8. Операції у зв'язку з пухлиною кістки;
9. Операція у зв'язку зі складним переломом.

Протягом дії Договору страхування страховим випадком вважається нещасний випадок або захворювання, яким почала страждати Застрахована особа, або яке було діагностовано, або про нього стало відомо їй вперше після закінчення періоду очікування, визначеного в п.5.2 цих Загальних умов, та в результаті якого Застрахованій особі, згідно з висновком сертифікованого медичного фахівця, підтвердженого Страховиком, рекомендоване проходження Застрахованою особою реабілітаційної програми, передбаченої умовами цього 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.

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

патогенетичне лікування та колапсотерапія.

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

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

Виключеннями зі страхового покриття є:

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

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

Витрати на лікування згідно цих Загальних умов Страховик покриває до завершення лікування або до моменту трансплантації печінки.

Виключеннями зі страхового покриття є:

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

5.7.1.8. 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.

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

Виключення зі страхового покриття є опіки, що не потребують трансплантації шкіри.

5.7.1.9. 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.

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

Виключення зі страхового покриття є:

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

5.7.2. 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, що описані в цих 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.

Страховим випадком за цим ризиком також вважається хірургічне втручання по трансплантації печінки, яка спричинена станом, що описаний в п.5.7.1.7. цих Загальних умов, якщо він був передбачений Договором страхування, дана умова не застосовується, якщо Договором страхування передбачене покриття страхового випадку «Трансплантація життєво важливих органів».

5.7.3. За цим страховим продуктом, окрім програми «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» до Договору страхування входить додаткова опція «Міжнародна медична консультація», яка передбачає можливість для кожної Застрахованої особи отримати он-лайн консультацію лікарів міжнародного класу стосовно стану свого здоров'я протягом всього строку дії Договору страхування, за умови сплати страхових внесків, у строки, передбачені умовами Договору страхування. Застрахована особа через 30 днів від дати набрання чинності Договору страхування має можливість скористатися додатковою опцією «Міжнародна медична консультація» за допомогою інтернет - платформи <https://www.diagnose.me/taslife> від партнера «Diagnose.me».

5.8. Розмір страхової суми, страхового тарифу та страхового внеску за Договором страхування, валюта Договору страхування:

5.8.1. Валюта Договору страхування:

- за програмами «ТАС-Лікар Україна», «ТАС-Лікар Міжнародний» та «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» - євро;
- за програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» встановлюється за згодою Сторін у валюті гривня, євро або долар США.

5.8.2. Розмір страхової суми, страхового тарифу, страхового внеску та обсяг страхового покриття 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.

Наявність позначки “Ні” означає, що таке покриття за такою програмою страхового продукту та пакетом страхування не надається.

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

Страхове покриття/Пакет страхування	Пакет страхування «Онко»	Пакет страхування «Кардіо»	Пакет страхування «Нейро»	Пакет страхування «На максимумі»
Страхова сума за страховим ризиком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	100 000,00	150 000,00	200 000,00	250 000,00
Рак (злоякісне новоутворення)	Так	Так	Так	Так
Кардіохірургія	Ні	Так	Так	Так

Нейрохірургія	Ні	Ні	Так	Так
Туберкульоз	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Гепатит С	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Пересадка шкіри внаслідок опіків	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Офтальмологія	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Страхова сума за страховим ризиком «Хірургічне втручання» при ургентних станах, євро.	-	3 000,00	3 000,00	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	Так	Так	Так	Так

5.8.4. Пакети страхування, які входять до програм «ТАС-Лікар Міжнародний» та «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар»:

Страхове покриття/Пакет страхування	Пакет страхування «ОнкоСвіт»	Пакет страхування «КардіоСвіт»	Пакет страхування «НейроСвіт»	Пакет страхування «На максимумі VIP»
Страхова сума за страховим ризиком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», євро	250 000,00	250 000,00	250 000,00	250 000,00
Рак (злоякісне новоутворення)	Так	Так	Так	Так
Кардіохірургія	Ні	Так	Так	Так
Нейрохірургія	Ні	Ні	Так	Так
Трансплантація життєво важливих органів	Ні	Ні	Так	Так
Реабілітація	Ні	Ні	Так	Так
Туберкульоз	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Гепатит С	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так

Пересадка шкіри внаслідок опіків	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Офтальмологія	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Так/Ні (на вибір Страховальника)	Ні	Так
Страхова сума за страховим ризиком «Хірургічне втручання» при ургентних станах, євро.	-	3 000,00	3 000,00	3 000,00
Додаткова опція «Міжнародна медична консультація»	Так	Так	Так	Так

5.8.5. **Пакети страхування**, які входять до програми «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» та в яких 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:

Страхове покриття/Пакет страхування	Пакет страхування «ОНКО»	Пакет страхування «ОНКО+»	Пакет страхування «КАРДІО»	Пакет страхування «НЕЙРО»
Страхова сума за страховим ризиком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», у валюті страхування	3 000 000,00 грн, або 100 000 дол. США/євро	4 500 000,00 грн, або 150 000 дол. США/євро	4 500 000,00 грн, або 150 000 дол. США/євро	6 000 000,00 грн, або 200 000 дол. США/євро
Рак (злоякісне новоутворення)	Так	Так	Так	Так
Кардіохірургія	Ні	Ні	Так	Так
Нейрохірургія	Ні	Так	Ні	Так
Страхова сума за страховим ризиком «Хірургічне втручання» при ургентних станах,	-	100 000,00 грн або 3 000 дол. США/євро	100 000,00 грн або 3 000 дол. США/євро	100 000,00 грн або 3 000 дол. США/євро

5.8.6. **Пакети страхування**, які входять до програми «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» та в яких 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, якщо інше не передбачено Договором страхування:

Страхове покриття/Пакет страхування	Пакет страхування «ОНКОСВІТ»	Пакет страхування «ОНКОСВІТ+»	Пакет страхування «КАРДІОСВІТ»	Пакет страхування «НЕЙРОСВІТ»
Страхова сума за страховим ризиком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування», у валюті страхування	250 000 дол. США/євро	250 000 дол. США/євро	250 000 дол. США/євро	250 000 дол. США/євро
Рак (злоякісне новоутворення)	Так	Так	Так	Так
Кардіохірургія	Ні	Ні	Так	Так
Нейрохірургія	Ні	Так	Ні	Так
Трансплантація життєво важливих органів	Ні	Ні	Ні	Так
Реабілітація	Ні	Ні	Ні	Так
Страхова сума за страховим ризиком «Хірургічне втручання» при ургентних станах, у валюті страхування.	-	3 000 дол. США/євро	3 000 дол. США/євро	3 000 дол. США/євро

5.8.7. Розміри страхових внесків в залежності від програми «ТАС-Лікар Україна» та «ТАС-Лікар Міжнародний» страхового продукту «ТАС-Лікар» від обраних програми страхової програми та пакету страхування:

Пакети страхування	«Онко»	«Кардіо»	«Нейро»	«На максимумі»
Вік Застрахованої особи	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років	Від 18 до 64 років
Річний страховий внесок, євро	165,00	225,00	275,00	404,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	315,00	364,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	90,00	133,00	153,00	222,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	170,00	202,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	50,00	72,00	82,00	131,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених	95,00	111,00	-	-

п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)				
Щомісячний страховий внесок, євро	20,00	23,00	29,00	50,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	35,00	40,00	-	-
За умови страхування одночасно двох повнолітніх Застрахованих осіб, страховий внесок для другої Застрахованої особи за цим страховим продуктом:				
Річний страховий внесок, євро	150,00	205,00	250,00	384,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	280,00	344,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	80,00	115,00	141,00	202,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	145,00	182,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	45,00	66,00	74,00	111,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	90,00	101,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	18,00	19,00	26,00	40,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	28,00	30,00	-	-

Для Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17 (сімнадцяти) років включно до дня досягнення 18-річного віку				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимумі VIP»
Річний страховий внесок, євро	60,00	90,00	130,00	180,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-	105,00	155,00	-	-

5.7.1.9 цих Загальних умов)				
Піврічний страховий внесок, євро	33,00	53,00	73,00	103,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	63,00	93,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	17,00	27,00	37,00	52,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	32,00	42,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	6,00	11,00	16,00	21,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	11,00	16,00	-	-
За умови страхування одночасно двох Застрахованих осіб (перша Застрахована особа є повнолітньою), страховий внесок для другої неповнолітньої Застрахованої особи за цим страховим продуктом:				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимумі VIP»
Річний страховий внесок, євро	55,00	83,00	120,00	170,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	95,00	140,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	30,00	48,00	65,00	93,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	57,00	85,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	15,00	24,00	34,00	47,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	28,00	38,00	-	-

Щомісячний страховий внесок, євро	5,00	10,00	15,00	19,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	10,00	13,00	-	-

Для Застрахованих осіб віком від 18 (вісімнадцяти) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимумі VIP»
Річний страховий внесок, євро	320,00	380,00	480,00	680,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	520,00	580,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	180,00	203,00	253,00	353,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	280,00	303,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	100,00	102,00	127,00	177,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	150,00	152,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	30,00	36,00	46,00	61,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	48,00	51,00	-	-
За умови страхування одночасно двох повнолітніх Застрахованих осіб, страховий внесок для другої Застрахованої особи за цим страховим продуктом:				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимумі VIP»
Річний страховий внесок, євро	290,00	345,00	430,00	615,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим	470,00	525,00	-	-

покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)				
Піврічний страховий внесок, євро	160,00	183,00	228,00	318,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	250,00	273,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	88,00	92,00	112,00	162,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	130,00	137,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	28,00	33,00	41,00	56,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	42,00	45,00	-	-

5.8.8. Розміри страхових внесків за програмою «ТАС-Лікар Сімейний» страхового продукту «ТАС-Лікар» в залежності від обраного пакету страхування:

СІМЕЙНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ №1				
Для 1 (однієї) Застрахованої особи віком від 18-ти (вісімнадцяти) до 49-ти (сорока дев'яти) років та до 20-ти Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років				
Пакети страхування	«ОнкоСвіт»	«КардіоСвіт»	«НейроСвіт»	«На максимумі VIP»
Річний страховий внесок, євро	285,00	385,00	485,00	685,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	485,00	585,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	155,00	205,00	255,00	355,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6- 5.7.1.9 цих Загальних умов)	255,00	305,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	78,00	103,00	128,00	178,00
Щоквартальний страховий	128,00	153,00	-	-

внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)				
Щомісячний страховий внесок, євро	27,00	37,00	47,00	62,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	47,00	52,00	-	-
СІМЕЙНИЙ СТРАХОВИЙ ТАРИФ №2				
Для 2 (двох) Застрахованих осіб віком від 18- ти (вісімнадцяти) до 49 -ти (сорока дев'яти) років та до 20 –ти Застрахованих осіб віком від 0 (нуля) до 17-ти (сімнадцяти) років				
Річний страховий внесок, євро	505,00	685,00	865,00	1220,00
Річний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	865,00	1045,00	-	-
Піврічний страховий внесок, євро	275,00	367,00	455,00	635,00
Піврічний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	455,00	545,00	-	-
Щоквартальний страховий внесок, євро	138,00	183,00	225,00	315,00
Щоквартальний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	228,00	272,00	-	-
Щомісячний страховий внесок, євро	47,00	65,00	81,00	107,00
Щомісячний страховий внесок, євро (разом із страховим покриттям станів, передбачених п.п.5.7.1.6-5.7.1.9 цих Загальних умов)	82,00	91,00	-	-

5.8.9. Розміри страхових внесків за програмою «ТАС- Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» залежать від індивідуальних умов Договору страхування, кількості Застрахованих осіб та обраного пакету страхування та встановлюються за погодженням сторін у Договорі страхування.

5.8.10. Страховий тариф за Договором страхування визначається шляхом ділення страхового внеску на страхову суму та зазначається у Договорі страхування за кожною Застрахованою особою.

- 5.8.11. Страхова сума за страховим ризиком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування» для програми «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» може бути встановлена у іншому розмірі за окремих погодження андерайтера Страховика, але **не більше еквіваленту сумі 500 000 (п'ятсот тисяч) євро**.
- 5.8.12. При укладенні Договору страхування або внесенні змін та доповнень до нього, враховуючи вимоги п.5.8.21 цих Загальних умов, можуть застосовуватися обмеження внаслідок проведення андерайтингу (оцінки ризику), тобто за результатами відповідної оцінки страхового ризику Страховик має право зробити коригування розміру страхового внеску, внести додаткові виключення із страхових випадків.
- 5.8.13. Страхова сума за страховим ризиком «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 ризиком «Хірургічне втручання» на кожний наступний страховий рік встановлюється **у розмірі 100% страхової суми**, визначеної Договором страхування за цим страховим ризиком.
- 5.8.14. Страхова сума, що визначена за кожним із пакетів страхування, встановлюється для кожної із Застрахованих осіб.
- 5.8.15. 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 такому листі.
- 5.8.16. 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.
- 5.8.17. У випадку, якщо Страхувальник не сплатив черговий страховий внесок у строк, передбачений Договором страхування, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими цими Загальними умовами, автоматично продовжується на пільговий період – 30 (тридцять) календарних днів. При цьому, Страховик визнає випадок страховим, якщо він стався протягом пільгового періоду, виключно за умови сплати чергового страхового внеску протягом періоду, зазначеного в цьому пункті.
- У разі не сплати чергового страхового внеску у вищезазначений період 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.
- 5.8.18. У випадку змін цих Загальних умов, що збільшують обов'язки Страховика без зміни розміру страхового внеску, Договір страхування укладений на підставі цих Загальних умов продовжує діяти на наступний страховий рік згідно нових Загальних умов, які будуть викладені у новій редакції. Якщо такі зміни умов впливають на розмір страхового

внеску за Договором страхування, тоді Договір страхування може бути продовжений на наступний страховий рік на нових Загальних умовах, що будуть викладені у новій редакції, тільки за згоди Страхувальника.

5.8.19. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов Договору страхування встановлюється у **розмірі до 75 % страхового тарифу**. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного Договору страхування, визначається при укладенні такого Договору страхування в межах максимальної частки витрат.

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

5.8.21. 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:

- 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); зазначена довідка (висновок) має бути видана закладом охорони здоров'я (лікарнею, медичним закладом) не раніше ніж за 3 (три) місяці до дати укладення Договору страхування;

- 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).

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.

5.8.22. Додатково до документів, визначених в п. 5.8.21 цих Загальних умов, Страховик залишає за собою право запитувати додаткову медичну документацію або результати до обстеження за потреби уточнення стану здоров'я Застрахованої особи на момент укладення Договору страхування для проведення оцінки ризику (медичного андеррайтингу).

6. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору:

6.1. Страхувальник має право:

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

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

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

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

6.1.5. отримувати інформацію за Договором страхування;

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

6.1.7. 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.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 6.2.1. при укладенні Договору страхування, враховуючи вимоги зазначені в п.5.8.21 цих Загальних умов, 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;
- 6.2.2. ознайомитись з умовами страхового продукту перед укладенням Договору страхування;
- 6.2.3. сплачувати страхові внески у порядку та строки, встановлені Договором страхування;
- 6.2.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів;
- 6.2.5. підтвердити факт настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, надавши документи, передбачені п.9.2 цих Загальних умов;
- 6.2.6. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 6.2.7. повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно застрахованої особи та/або Вигодонабувача.

6.3. Страховик має право:

- 6.3.1. 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'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
- 6.3.2. 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;
- 6.3.3. 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;
- 6.3.4. 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;
- 6.3.5. 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;

- 6.3.6. відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до положень, зазначених у Розділі 13 та 14 цих Загальних умов та/або у Договорі страхування;
- 6.3.7. припинити дію Договору страхування, у випадку несплати Страхувальником страхового внеску в розмірі та у строки, визначені Договором страхування;
- 6.3.8. встановлювати обмеження щодо дії страхового покриття за страховими ризиками, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо;
- 6.3.9. 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;
- 6.3.10. передати права та обов'язки за Договором страхування, що укладений за цим страховим продуктом, 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.
- 6.4. **Страховик зобов'язаний:**
 - 6.4.1. перед укладенням Договору страхування забезпечити Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника 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;
 - 6.4.2. 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**;
 - 6.4.3. при відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови;
 - 6.4.4. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог законодавства України.
 - 6.4.5. Надати Страхувальнику дублікат Договору страхування за його письмовим запитом;
- 6.5. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо впливають з Договору страхування.
- 6.6. 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.
- 6.7. 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.
- 6.8. 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».
- 6.9. Права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7. **Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки:**
 - 7.1. 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.
- 7.2. 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.
- 7.3. При досягненні Сторонами згоди щодо запропонованих змін умов страхування, запропоновані зміни вносяться до Договору страхування і оформлюються відповідно до положень такого Договорів шляхом укладення додаткової угоди, яка підписується Страхувальником (або уповноваженою особою Страхувальника у випадку, коли Страхувальником є юридична особа) та уповноваженою особою Страховика або шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає. При цьому, у будь-якому з обраних випадків, обов'язково встановлюється розмір страхових внесків згідно з тарифами Страховика та з урахуванням нових умов страхування. Зміни до Договору страхування набувають чинності не раніше ніж з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску з урахуванням нових умов страхування на банківський рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, обумовленій Договором страхування.
- 7.4. 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.
- 7.5. 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.
- 7.6. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 1) закінчення строку дії Договору страхування;
 - 2) несплати Страхувальником страхового внеску згідно цих 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.
- 7.7. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика у випадках передбачених умовами Договору страхування.
- 7.8. 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.
- 7.9. У разі внесення змін та припинення Договору страхування за програмою «ТАС-Лікар Бізнес» страхового продукту «ТАС-Лікар» діють наступні умови:
- 7.9.1. Страхувальник може вносити зміни до Списку Застрахованих осіб, при цьому надає Страховику Заяву на включення-виключення Застрахованих осіб за формою встановленого зразка, які направляються на страхування. Страховик має право запросити додаткові документи, що характеризують ступінь ризику та/або вимагати медичного обстеження Застрахованої особи на момент внесення змін у Договір страхування.

Страховання нових Застрахованих осіб оформлюється шляхом укладання Додаткової угоди до Договору страхування.

7.9.2. При зміні умов Договору страхування, що збільшують обсяг відповідальності Страховика, Страхувальник сплачує:

1) У випадку збільшення кількості Застрахованих осіб – страховий внесок пропорційно кількості днів, що залишилися до закінчення строку відповідного періоду страхування.

2) У випадку збільшення обсягу відповідальності Страховика (зміна пакету страхування) відносно конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності Застрахованих осіб – страховий внесок відповідно до нового пакету страхування розраховується пропорційно кількості днів, що залишилися до закінчення відповідного періоду страхування.

7.9.3. У випадку припинення Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи, оформлюється Додаткова угода до Договору страхування, у якій відображаються відповідні зміни у Списку Застрахованих осіб.

7.9.4. У випадку припинення дії Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи у будь-який період дії Договору, Страхувальник припиняє сплату страхових внесків відносно цієї Застрахованої особи та надає Страховику список Застрахованих осіб, відносно яких припиняється сплата страхових внесків.

7.9.5. У випадку припинення дії Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи (виключення Застрахованої особи зі Списку Застрахованих осіб) Страховик повертає Страхувальнику суму в розмірі:

$$P_t = P * \frac{n-t}{n} * (1 - F), \text{ де}$$

P – страховий внесок за період страхування n ;

t - фактичний термін страхування Застрахованої особи у періоді страхування n ;

F - частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов Договору страхування (%), визначені у розрахунку страхових тарифів, що вказані в Договору.

У випадку, якщо зазначена сума (P_t) зараховується в рахунок майбутніх чергових страхових внесків за Договором, F не враховується та дорівнює 0 (нуль).

7.9.6. У період між страховими річницями викупна сума розраховується згідно наступної формули:

$$SV_t = P * \% , \text{ де}$$

P – страховий внесок за період страхування n ;

$\%$ - відсоток від страхового внеску, що залежить від строку страхування та розраховується наступним чином: $\frac{n-t}{n} * (1 - F)$;

t - фактичний термін страхування Застрахованої особи у періоді страхування n ;

F - частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов Договору страхування (%), визначені у розрахунку страхових тарифів, що вказані в Договору.

7.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення частини сплаченого страхового платежу готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися Страхувальником в безготівковій формі.

7.11. Страховик повертає страхувальнику частину сплаченого страхового платежу за договором, у разі:

1) дострокового припинення дії Договору страхування Страховиком або Страхувальником;

2) розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу України;

3) припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;

- 4) передачі страхового портфеля Страховику- правонаступнику та дострокового припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону.
- 7.12. 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:
- 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.
- 7.13. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченого страхового платежу за період страхування, у якому відбувається дострокове припинення дії Договору страхування у випадку:
- 1) вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;
 - 2) вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;
 - 3) припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
 - 4) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.
- 7.14. Страхувальнику повертається страховий платіж (частина страхового платежу) 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-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.
- 7.15. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне 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.**
- 7.16. 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.

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

8. **Порядок відмови від Договору страхування:**

- 8.1. 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
- 8.2. 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.
- 8.3. 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.
- 8.4. 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.

9. **Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку:**

- 9.1. Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:
 - 9.1.1. Протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Страховика про її настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника та/або Вигодонабувача спосіб.
 - 9.1.2. Надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика.
 - 9.1.3. У термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, Страхувальник/Вигодонабувач/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.
 - 9.1.4. 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 прирівнюються до одного страхового випадку.
- 9.2. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачеві або їх законному представнику) необхідно надати Страховику наступні документи:
 - 9.2.1. 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;
 - 9.2.2. Копії документів, що посвідчують особу Вигодонабувача та/або отримувача виплати;
 - 9.2.3. Копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків особи Вигодонабувача та/або отримувача виплати. У разі відсутності – копію паспорта із відповідною відміткою;

- 9.2.4. 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;
- 9.2.5. Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.

10. **Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат:**

- 10.1. 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.9.2 цих Загальних умов, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. У випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик має право здійснити запит додаткових документів у Застрахованої особи. При цьому, рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик повинен прийняти протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованої особи.
- 10.2. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 10.1 цих Загальних умов, 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.
- 10.3. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 10.1 цих Загальних умов, 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 цих Загальних умов, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.
- 10.4. 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.
- 10.5. 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.
- 10.6. 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 цих Загальних умов, та Договорі страхування:

1) закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає (надавав, надаватиме) медичну допомогу, медичні та/або інші послуги, передбачені цими Загальними умовами та/або 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 цими Загальними умовами та/або 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.

- 10.7. 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 організувати 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 цими Загальними умовами, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування.
- 10.8. 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 цими Загальними умовами, на підставі документів, що підтверджують понесені витрати на лікування. У випадку, якщо пакетом страхування передбачено діагностику та лікування на території України, але лікування Застрахованої особи проходить закордоном, про що є підтверджуючий документ, Страховик здійснює одноразову страхову виплату у випадку злоякісного новоутворення або потреби у нейрохірургії у **розмірі 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.**
- 10.9. 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.9.2 цих Загальних умов, у **розмірі 100% страхової суми за цим страховим випадком.**
11. **Медичні та інші витрати, що покриваються цим страховим продуктом.**
- 11.1. У разі визнання події, про яку було повідомлено до Страховика, страховим випадком, відбувається організація медичних та інших послуг Застрахованій особі, передбачених обраним пакетом страхування.
- 11.2. Відповідно до умов страхового продукту покриваються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями/станами, детально викладеними в п.5.7. цих Загальних умов 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. При цьому, не покриваються вищезазначені витрати для Супроводжуючої особи для повнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація», а для неповнолітніх Застрахованих осіб передбачено покриття вищезазначених витрат для 1 (однієї) Супроводжуючої особи.

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. Дане обмеження не стосується страхового покриття «Трансплантація життєво важливих органів» та/або «Реабілітація». При цьому, не покриваються вищезазначені витрати для Супроводжуючої особи для повнолітніх Застрахованих осіб за страховим покриттям «Реабілітація», а для неповнолітніх Застрахованих осіб передбачено покриття вищезазначених витрат для 1 (однієї) Супроводжуючої особи, вартість послуг з проживання, при цьому, **не повинна перевищувати 3 000 (три тисячі) євро.**

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. Дане обмеження не стосується страхового покриття по «Трансплантації життєво важливих органів» та/або «Реабілітації»;

- 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.

11.2.4. Витрати, зазначені в п.п. 11.2.1-11.2.3 цих Загальних умов, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п.п.5.7.1.1 – 5.7.1.3. цих Загальних умов, 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.

11.2.5. 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) комплексних обстежень та консультацій лікарів на

- території України, незалежно від обраного пакету страхування, з покриттям витрат, зазначених в п.п. 11.2.1-11.2.2 цих Загальних умов.
- 11.2.6. Другий та третій рік після дати завершення лікування Страховик покриває 1 (один) профілактичний/діагностичний огляд профільного лікаря на території України.
- 11.2.7. Витрати, зазначені в п.п. 11.2.1-11.2.3 цих Загальних умов, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п. 5.7.1.6. цих Загальних умов, Страховик покриває до завершення повного курсу лікування в результаті якого припинилося бактеріовиділення, загоїлися каверни, розсмокталася інфільтрація і вогнища (або останні ущільнилися), але не довше ніж 12 місяців з дати встановлення діагнозу.
- 11.2.8. Витрати, зазначені в п.п. 11.2.1-11.2.3 цих Загальних умов, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п. 5.7.1.7. цих Загальних умов, Страховик покриває до завершення повного курсу лікування або до моменту необхідності трансплантації печінки, але не довше ніж 12 місяців з дати встановлення діагнозу.
- 11.2.9. Витрати, зазначені в п.п. 11.2.1-11.2.3 цих Загальних умов, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п. 5.7.1.8. цих Загальних умов, Страховик покриває до моменту завершення процесу реабілітації після пересадки шкіри.
- 11.2.10. Витрати, зазначені в п.п. 11.2.1-11.2.3 цих Загальних умов, на лікування критичного захворювання (стану), передбаченого п. 5.7.1.9. цих Загальних умов, Страховик покриває до моменту завершення процесу відновлення зору після проведеного лікування.
- 11.2.11. Імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантатів на суму **не більше еквіваленту 15 000 (п'ятнадцять тисяч) євро на один страховий випадок;**
- 11.2.12. Пластика обличчя та/або тіла в цілях реконструктивного лікування наслідків пересадки шкіри після опіків покриваються в рамках суми, що не перевищує еквіваленту 15 000 (п'ятнадцять тисяч) євро на один страховий випадок;
- 11.2.13. При лікуванні злоякісного новоутворення протягом дії Договору страхування - лімфоми або лейкемії, на яке Застрахована особа у віці від 0 (нуля) до 18 (вісімнадцяти) років захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі після закінчення періоду очікування, визначеного цими Загальними умовами, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, в рамках страхового покриття за страховим випадком, визначеним у п. 5.7.1.1. цих Загальних умов, Страховик покриватиме витрати, пов'язані з трансплантацією кісткового мозку за умови дотримання вимог, передбачених п. 5.7.1.4.1 цих Загальних умов, та з урахуванням лімітів, передбачених у п. 11.2.15 цих Загальних умов.
- 11.2.14. 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 ЕМА (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.
- 11.2.15. За умови, якщо трансплантація в тому числі трансплантація кісткового мозку, яка буде необхідна неповнолітній Застрахованій особі для лікування злоякісних новоутворень, буде виконуватися в узгодженій зі Страховиком лікарні, покриваються наступні витрати, обмежені лімітами страхових сум у Договорі страхування та описані нижче:

- 11.2.15.1. Витрати на медичне обстеження (діагностику) та лікування, передбачені цими Загальними умовами, які були надані Застрахованій особі під час госпіталізації в лікарні, протягом якої була проведена трансплантація, або на медичне лікування;
- 11.2.15.2. Оплата праці лікаря-хірурга та витрат на операцію, що понесені під час виконання трансплантації або медичного лікування;
- 11.2.15.3. 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;
- 11.2.16. 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:
- 11.2.16.1. 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.
- 11.2.16.2. 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**;
- 11.2.16.3. 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**;
- 11.2.17. 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;
- 11.2.18. 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**;

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

11.2.20. При настанні страхового випадку, визначеного у п. п. 5.7.1.5. цих Загальних умов, Страховиком покриваються витрати, що виникли в зв'язку із захворюваннями та/або станами, які потребують проходження Застрахованою особою реабілітаційної програми, вартість якої **не повинна перевищувати ліміт страхової суми – 35 000 (тридцять п'ять тисяч) євро** за умови, що:

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

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

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

1) проживання в реабілітаційному закладі, включаючи харчування, догляд за пацієнтом, медичні огляди, допомога в реабілітації та фізіотерапія, трудотерапія, відновлення мовлення та інші послуги з реабілітації, надані реабілітаційним закладом на розсуд реабілітолога;

2) додаткові медичні перевірки, призначені на розсуд реабілітолога, включаючи перевірки з використанням методів візуалізації, електрокардіографія (ЕКГ) і електроенцефалографія (ЕЕГ);

3) лікарські засоби в період реабілітації, які призначаються виключно з метою реабілітації або для запобігання впливу фонових захворювань на результати реабілітаційних заходів, як наприклад наркотики або лікування антикоагулянтами при гіпертонії;

4) підсумковий звіт за результатами реабілітаційної програми і, при необхідності, також подальше спостереження.

11.3. 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 цими Загальними умовами, на термін не більше 30 (тридцяти) послідовних днів після закінчення терміну дії Договору страхування.

12. **Порядок укладення Договору страхування:**

12.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі – у паперовому вигляді або в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію».

12.2. У Договорі страхування обов'язково зазначається наступне:

- назва документа та страхового продукту;
- найменування та адреса Страховика;
- прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або найменування Страхувальника (Вигодонабувача);
- прізвище, ім'я, по батькові, дата народження Застрахованих осіб;
- інформація про предмет страхування;
- інформація про об'єкт страхування;
- розмір страхової суми та/або ліміти відповідальності за Договором страхування;
- розмір страхової суми;
- перелік страхових ризиків;

- страховий тариф;
 - строк дії Договору страхування, період (періоди) страхування, територія дії Договору страхування;
 - розмір страхової премії, порядок та строки її сплати;
 - інші умови за згодою Сторін.
- 12.3. Для укладення Договору страхування за цим страховим продуктом Страхувальник подає Страховику письмову заяву на страхування за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти такі два Договори страхування.
- 12.4. Для укладення Договору страхування Страховик може запросити додаткові документи, що характеризують ступінь ризику та (або) вимагати медичного обстеження Застрахованої особи;
- 12.5. 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, виключити страхові ризики.
- 12.6. Оцінка ризику здійснюється відповідно до Політики з андеррайтингу Страховика протягом не більше 5 (п'яти) робочих днів після отримання Заяви на страхування. У випадку необхідності проведення додаткового андеррайтингу, зазначений строк може бути продовжений, але не більше ніж на 120 (сто двадцять) календарних днів.
- 12.7. У разі відмови Страховика від укладення Договору страхування Страховик письмово повідомляє Страхувальнику аргументовані причини свого рішення, а Договір страхування вважається не укладеним.
- 12.8. У разі прийняття Страховиком рішення укласти Договір страхування у відповідь на Заяву на страхування, Страховик надсилає (видає) Страхувальнику Поліс страхування, завірений печаткою та підписом Страховика.
- 12.9. Заява на страхування, Поліс страхування та ці Загальні умови є юридичною основою взаємовідносин Страховика та Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) і розглядаються як єдине ціле та становлять Договір страхування.
- 12.10. При укладенні Договору страхування третіх осіб (крім осіб у віці до 18-ти років) необхідна згода Застрахованої особи.
- 12.11. 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.
- 12.12. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування щодо третьої особи (Застрахованої особи), то така особа також несе відповідальність за повноту і правдивість інформації, наданої Страховику для укладення Договору страхування.
- 12.13. Страховик залишає за собою право укладати Договори страхування за цим страховим продуктом без проведення медичного та фінансового андеррайтингу шляхом складання одного документа - Договору страхування, підписаного Сторонами. Договір страхування укладається щонайменше у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі Сторін. Примірники Договору страхування Страхувальника та Страховика мають бути ідентичними за текстом та не містити розбіжностей.
- 12.14. У такому Договорі страхування інформація про застрахованих осіб зазначається в обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної Застрахованої особи.

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) 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 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 цими Загальними умовами, 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. **Винятки із страхових випадків та обмеження страхування:**

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

14.1.1. 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;

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

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

14.1.4. Необхідності психохірургії;

14.1.5. 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;

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

- 14.1.7. Необхідності трансплантації кісткового мозку будь-якого виду для осіб старших за 18 років. Дане виключення не застосовується за пакетами страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;
- 14.1.8. Необхідності трансплантації органів, в процесі якої Застрахована особа є донором для третьої особи;
- 14.1.9. 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»;
- 14.1.10. Необхідності трансплантації органів, що включає лікування стовбуровими клітинами, за винятком трансплантації кісткового мозку. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;
- 14.1.11. Необхідності трансплантації органів, спричиненої алкогольним захворюванням печінки. Дане виключення застосовується виключно за пакетом страхування «НейроСвіт», «На максимумі VIP»;
- 14.1.12. 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 баріатричні 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;
- 14.1.13. Необхідності лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом).
- 14.2. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком та Страховик не здійснює страхову виплату:
 - 14.2.1. 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;
 - 14.2.2. 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);
 - 14.2.3. 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.
 - 14.2.4. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
 - 14.2.5. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, та який настав в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами, (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольними електричними мережами;

- 14.2.6. 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;
- 14.2.7. 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;
- 14.2.8. 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;
- 14.2.9. Критичне захворювання та/або стан, який передбачений цими Загальними умовами, із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Країні призначення;
- 14.2.10. 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.
- 14.2.11. 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.
- 14.2.12. 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.
- 14.2.13. 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, передбаченого цими Загальними умовами, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення Договору страхування;
- 14.2.14. 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.
- 14.3. Додатково за пакетом страхування «НейроСвіт» та «На максимумі VIP», страхова виплата не здійснюється у разі:
- 14.3.1. Проживання Застрахованої особи поза межами центру реабілітації;
- 14.3.2. Реабілітації, необхідність в якій виникла в результаті вагітності, припинення вагітності, пологів, кесаревого розтину;
- 14.3.3. Реабілітації, необхідність в якій виникла в результаті неправильного застосування медикаментів;
- 14.3.4. Реабілітації, що проходить на дому у Застрахованої особи або в іншому місці поза центром реабілітації, що не був погоджений із Страховиком.
- 14.4. **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 Страховальник 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.

15. Порядок вирішення спорів:

- 15.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.
- 15.2. 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.
- 15.3. При неможливості врегулювання спірних питань, спір передається на розгляд у відповідний суд, згідно чинного законодавства України.
- 15.4. Позов за вимогами, пов'язаними із Договором страхування, може бути пред'явлений Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

16. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку:

- 16.1. 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>.

17. Інші умови:

- 17.1. Асистуючою компанією-партнером Страховика в рамках виконання Договору страхування, укладеного відповідно до цих Загальних умов, надаються додаткові послуги:
 - 17.1.1. Допомога в отриманні візи, з метою проходження лікування в Країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.
 - 17.1.2. Усний та письмовий переклад на українську мову для Застрахованої особи та/або особи/осіб, які її супроводжують в медичному закладі, у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України;
 - 17.1.3. Репатріація тіла Застрахованої особи та/або донора в разі її/їх смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору страхування, що включає в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи **в межах максимальної суми – 5 000 (п'ять тисяч) євро**.
- 17.2. Сторони залишають за собою право призупиняти взаємні обов'язки за Договорами страхування, укладеним на підставі цих Загальних умов страхового продукту, у випадку введення надзвичайного стану та інших ситуаціях, оголошених у встановленому порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил, діям яких неможливо запобігти або уникнути, на період виникнення цих обставин.
- 17.3. 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;
- 17.4. 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.

Додаток 1

до Загальних умов стандартного страхового продукту «ТАС-Лікар»

Перелік

медичних обстежень (включаючи лабораторні аналізи, медичні дослідження і консультації лікарів відповідних спеціальностей), результати яких мають бути відображені у довідці (висновку) про проходження Застрахованою особою медичного обстеження (чек-апу)

Стать / Пакет	«Онко»/ «ОнкоСвіт»	«Кардіо»/ «КардіоСвіт»	«Нейро»/ «НейроСвіт»	«На максимумі»/«На максимумі VIP»
Жінки	<ul style="list-style-type: none"> • Загальний аналіз крові (ЗАК) • Загальний аналіз сечі • Глюкоза крові • Ультразвукова діагностика (далі-УЗД) молочних залоз (до 39 років включно) або мамографія (від 40 років); • УЗД органів малого тазу; • Консультація гінеколога 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Ліпідограма • Електрокардіографія (далі –ЕКГ) • Консультація кардіолога 		
			<ul style="list-style-type: none"> • УЗД судин голови та шиї • Консультація невролога 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Біохімія печінкових проб (аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), гамма-глутамінтранспептидаза (ГГТ)) • УЗД органів черевної порожнини • Консультація офтальмолога • Консультація терапевта
Чоловіки	<ul style="list-style-type: none"> • Загальний аналіз крові (ЗАК) • Загальний аналіз сечі • Глюкоза крові • УЗД органів калитки та передміхурової залози • Колоноскопія (від 50 років) • Консультація уролога 			
		<ul style="list-style-type: none"> • Ліпідограма • ЕКГ • Консультація кардіолога 		
			<ul style="list-style-type: none"> • УЗД судин голови та шиї • Консультація невролога 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Біохімія печінкових проб (АЛТ, АСТ, ГГТ) 3. УЗД органів черевної порожнини • Консультація офтальмолога • Консультація терапевта