ПУБЛІЧНА ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА)
НА УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

«БУДЬ ЗДОРОВ!»
ЧАСТИНА 2

Дана Публічна пропозиція (надалі – оферта) є офіційною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПРОВІДНА», код ЄДРПОУ - 23510137 (далі – СТРАХОВИК), до невизначеного кола споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Страхувальники) укласти із Страховиком електронний Договір добровільного медичного страхування (далі – Договір страхування або Договір) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 10301 від 10 жовтня 2018 року (НАДАЛІ – Правила), ліцензія серія АВ № 520927 від 16 лютого 2010 року, із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронний цифровий підпис» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на сайті www.providna.ua.
Адреса Страховика – місцезнаходження: 03049, м. Київ, Повітрофлотський пр-т, 25; адреса для звернень: 01032, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 37/122.

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.
ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору, та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
ВИГОДОНАБУВАЧ – Застрахована особа.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ.

1.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи щодо організації та оплати медичних послуг, пов'язаних з невідкладною догоспітальною медичною допомогою при гострому захворюванні, та консультативно-діагностичних послуг.
1.2. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій пропозиції умов добровільного медичного страхування «БУДЬ ЗДОРОВ!» (надалі – Умови).
1.3. Укладення Договору здійснюється на підставі даної пропозиції, що розміщується на сайті Страховика www.providna.ua та його страхових агентів.
1.4. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» безумовним прийняттям (акцептом) умов даної пропозиції Страхувальником вважається заповнення електронної заяви на укладення Договору та підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним.
1.5. Акцепт даної пропозиції може бути здійснено Страхувальником із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).
1.6. Заповненням електронної заяви про укладення Договору Страхувальник узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору та інше.
1.7. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї пропозиції укладуть Договір за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та його страхових агентів, він вважається укладеним у електронній формі.
1.8. Факт укладення Договору посвідчується електронним договором добровільного медичного страхування «БУДЬ ЗДОРОВ!» (надалі Договір), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у Заяві на укладення Договору.
1.9. Договір направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страховика або страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Договору та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).
1.10. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.
1.11. Сторони узгодили, що Договір, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика, зразок яких відображено у п. 8. Умов цієї Пропозиції.
1.12. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника.
1.13. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Закону України «Про страхування» та іншим нормативним актам.
1.14. Договір складається з двох невід'ємних частин:
1.14.1. Електронний договір добровільного медичного страхування «БУДЬ ЗДОРОВ!», що заповнюється та підписується Страховиком та Страхувальником (далі – Частина 1 Договору);
1.14.2. Публічна пропозиція (оферта) на укладання електронного договору добровільного медичного страхування «БУДЬ ЗДОРОВ!» (далі – Частина 2 Договору).

1.15. Терміни та значення, що використовуються в цих Умовах страхування, мають такі значення:
Електронний договір страхування (Договір) - електронний договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я);
Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання Договору або отримання страхового відшкодування;
Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;
Ідентифікація Страхувальника в ІТС - підтвердження повноважень Страхувальника на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.
Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.
Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Страхувальника в ІТС.
Програма страхування – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором. Програма страхування обирається Страхувальником під час укладення Договору, опис якої зазначений в п. 1 частини 1 Договору.
Медичний асистанс Страховика – структурний підрозділ Страховика, який здійснює цілодобову організацію надання Застрахованій особі медичної допомоги та медичних послуг.
Лікувально-профілактичні установи (заклади) (ЛПУ) – підприємства, установи та організації, які створені та діють на підставі чинного законодавства України, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні заходи або послуги медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки, оптики, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо.
ЛПУ з переліку Страховика – ЛПУ, з якими Страховик уклав договір про співпрацю, та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до Програми страхування.
Якщо протягом строку дії Договору ЛПУ з переліку Страховика, перереєстрована та (або) починає діяти не на підставі чинного законодавства України, Страховик в односторонньому порядку виключає таку ЛПУ з переліку Страховика та не організовує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у такій ЛПУ.
Страхові документи Застрахованої особи – страховий поліс та (або) картка Застрахованої особи, направлення на обстеження тощо, надані Застрахованій особі Страховиком та (або) його представником для отримання медичних та інших послуг відповідно до умов Договору.
Гостре захворювання – це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
Страховий захист – зобов'язання Страховика, визначені Договором, щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, який стався в обумовлений Договором відрізок часу.
Медичні послуги – консультації спеціалістів, діагностичні обстеження та лікувальні маніпуляції при наданні невідкладної догоспітальної медичної допомоги та консультативно-діагностичної допомоги.
Медикаментами – ліки та витратні медичні матеріали (а саме: шприці, крапельниці, медичний бинт та вата) необхідні для надання невідкладної догоспітальної медичної допомоги.
Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань) Страховика – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміти відповідальності Страховика за Програмами страхування зазначені в п. 1 Частини 1 Договору.
Невідкладна медична допомога – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 3 годин від виникнення гострого стану або загострення захворювання та у разі ненадання якої можливі важкі ускладнення, не сумісні з життям.

Невідкладна догоспітальна медична допомога – допомога на догоспітальному етапі, яка надається бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги відповідно до медичних настанов до прибуття пацієнта в заклад охорони здоров'я для отримання госпітальної допомоги; суб'єктами, які надають таку допомогу, є медичні працівники бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та/або екстрені медичні техніки, які не є медичними працівниками, мають відповідну підготовку та працюють у складі бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА

2.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких здійснюється страхування, є звернення Застрахованої особи для огляду лікарем та розлад здоров'я Застрахованої особи, пов'язаний з гострим захворюванням, не пов'язаним з вагітністю, який потребує невідкладної догоспітальної медичної допомоги.

2.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до Медичного Асистансу відповідно до умов Договору з метою одержання:

2.2.1. Невідкладної догоспітальної медичної допомоги при гострому захворюванні під час прийому у лікаря.

Страховик відшкодовує вартість послуг невідкладної догоспітальної медичної допомоги при гострому захворюванні під час прийому у лікаря, наданих Застрахованій особі медичними закладами відповідно до обраної Програми страхування, яка передбачає:

а) виїзд бригади невідкладної медичної допомоги;

б) експрес-діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;

в) лікувальні маніпуляції (ін`єкції, реанімаційні заходи та інші професійні послуги медичного персоналу);

г) забезпечення медикаментами на догоспітальному етапі;

д) транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до чергового відділення медичного закладу.

2.2.2. Консультативно-діагностичних послуг, а саме:

2.2.2.1. Консультація лікаря на вибір - проведення консультацій лікарів вузькопрофільної спеціалізації в умовах поліклініки за вибором Застрахованої особи з нижчезазначеного переліку в кількості, передбаченій Програмою страхування: 1) Терапевт; 2) Хірург; 3) Мамолог; 4) Офтальмолог; 5) Ендокринолог; 6) Отоларинголог; 7) Кардіолог; 8) Невропатолог; 9) Гастроентеролог; 10) Уролог; 11) Гінеколог.

2.2.2.2. Дистанційні консультації лікаря 24/7(Лікар Онлайн) - дистанційні консультації Застрахованих осіб лікарем-терапевтом, вузькопрофільним спеціалістом по телефону, через інтернет-сайт або мобільний додаток з подальшим призначенням та погодженням обстеження або лікування через медичний ассистанс Страховика. За програмами "БАЗОВА" передбачені дистанційні консультації лікаря-терапевта; за програмою "ОПТИМАЛЬНА" та "ПРЕМІУМ" - передбачені дистанційні консультації лікаря-терапевта та вузькопрофільних спеціалістів.

2.2.2.3. Лабораторна діагностика - проведення лабораторної діагностики в умовах поліклініки за вибором Застрахованої особи з нижчезазначеного переліку в кількості, передбаченій Програмою страхування: 1) Загальний аналіз крові; 2) Загальний аналіз сечі; 3) Аналіз крові на глюкозу.

2.2.2.4. Інструментальна діагностика - проведення інструментальної діагностики в умовах поліклініки за вибором Застрахованої особи з нижчезазначеного переліку в кількості, передбаченій Програмою страхування: 1) Електрокардіограма; 2) Рентген грудної клітини; 3) УЗД черевної порожнини; 4) УЗД щитоподібної залози; 5) УЗД нирок.

2.2.2.5. Послуги замовлення медикаментів за договірними цінами СК "ПРОВІДНА" в кількості, передбаченій Програмою страхування:

- консалтингові послуги по замовленню медикаментів в кількості в рамках Програми страхування. При цьому сплату вартості медикаментів здійснює Застрахована особа. Спосіб доставки медикаментів – самовивіз Застрахованою особою.

2.3. За додатковою програмою страхування «Виклик лікаря додому» при гострому захворюванні:

- Прийом викликів в робочі та вихідні дні, безпосередньо шляхом звернення Застрахованої особи до диспетчерського пункту Медичного асистансу Страховика, та виїзд лікаря додому в день звернення ЗО за допомогою або на наступний день згідно з графіком роботи лікарів медичного закладу, що здійснюють виїзд додому;
- Виклик лікаря додому передбачає надання консультації лікаря, огляд, постановка діагнозу (попереднього, остаточного); призначення обстежень;
- 100% покриття транспортних витрат за рахунок Страховика;

2.4. Медичні послуги, зазначених в п.п. 2.2.1.-2.2.2., 2.3. Договору, надаються у випадку підтвердження гарантії лікаря медичного асистансу.

2.5. У разі отримання послуг невідкладної догоспітальної медичної допомоги, які непрогарантовані лікарем Медичного Асистансу, Страховик відшкодовує вартість наданих платних медичних послуг виключно на підставі офіційних документів, що підтверджують оплату таких послуг.

2.6. Послуги Медичного Асистансу цілодобово в кількості, передбаченій Програмою страхування:

- консалтингові послуги по вибору ЛПУ (з Переліку Страховика), аптечного пункту (без організації медикаментів) згідно місця знаходження Застрахованої особи;
- консультації з приводу спеціальності та кваліфікації лікаря, прийому ліків, підготовки до консультацій вузьких спеціалістів іншої спеціалізації, проведення інструментальних досліджень та здачі аналізів;
- організація консультацій вузьких спеціалістів іншої спеціалізації, в ЛПУ з Переліку Страховика.

3. ПРАВА ТА ОБОВЯЗКИ СТОРІН

3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. Ознайомитися з умовами цього Договору, Програмою страхування та Правилами страхування;

3.1.2. У разі прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні Застрахованій особі страхової виплати оскаржити рішення Страховика в порядку, передбаченому цим Договором страхування і чинним законодавством України;

3.1.3. Отримати у період дії Договору його дублікат у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, для чого потрібно звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дубліката;

3.1.4. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору під час дії Договору, дострокове припинення дії Договору у порядку, визначеному у розділі 6 цього Договору.

3.1.5. Якщо Договір укладений на користь іншої особи (Застрахованої особи), для отримання страхової виплати при настанні страхового випадку Застрахована особа зобов'язана виконувати зобов'язання, передбачені п. 3.2. Договору.

3.2. Страхувальник зобов`язаний:

3.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплатити страховий платіж;

3.2.2. Інформувати Застраховану особу про умови Договору, обов'язки Застрахованої особи згідно з цим Договором, а також про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок гострого захворювання та отриманні консультативно-діагностичних послуг;

3.2.3. Забезпечити збереження документів, що стосуються Договору;

3.2.4. У разі дострокового припинення дії Договору забезпечити неможливість використання страхових документів після припинення дії Договору;

3.2.5. Виконувати інші обов'язки та умови, передбачені цим Договором, Правилами та чинним законодавством України.

3.3. Страховик має право:

3.3.1. Перевіряти достовірність даних, що йому надаються;

3.3.2. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в ЛПУ та інші організації, що мають інформацію про обставини настання страхового випадку;

3.3.3. Відкласти прийняття рішення щодо страхової виплати Застрахованій особі до з'ясування обставин настання страхового випадку на строк до 30 (тридцяти) днів при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Застрахованою особою;

3.3.4. До моменту отримання усіх документів із переліку, визначеному у п. 5.2.2.4. Договору, або документів, оформлених з порушенням вимог цього Договору, не приймати рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

Відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та провести з'ясування обставин настання події із Застрахованою особою або замовити проведення експертизи з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру виплати збитків, завданих настанням події, у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та сплату послуг та які зазначені в п. 5.2.2.4. цього Договору, у строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку;

3.3.5. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, визначених у п. 5.10. цього Договору;

3.3.6. За умови розірвання (призупинення, припинення) дії договору про обслуговування застрахованих осіб між Страховиком та ЛПУ, Страховик має право направити Застраховану особу в іншу ЛПУ, передбачену Програмою страхування.

3.3.7. Достроково припинити дію Договору у випадках, передбачених розділом 6 цього Договору.

3.4. Страховик зобов`язаний:

3.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору і Правилами страхування, а також з переліком ЛПУ, визначених для надання медичних та інших послуг відповідно до Програми страхування;

3.4.2. Контролювати обсяг, якість і доцільність медичної допомоги, медичних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі відповідно до умов Договору, Програми страхування, чинних стандартів, протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини;

3.4.3. У разі настання страхового випадку організувати надання медичної допомоги, медичних та інших послуг в ЛПУ з переліку Страховика та інших закладах відповідно до Програми страхування, здійснити страхову виплату у порядку і на умовах, визначених Договором:

а) лікувальним та іншим закладам, які надавали послуги Застрахованим особам за направленням Страховика, або

б) Застрахованій особі в обумовлений цим Договором строк на умовах п. 5. цього Договору.

При цьому медична допомога, медичні та інші послуги надаються відповідно до розкладу (режиму) роботи ЛПУ та графіку прийому лікарів.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені в розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості;

3.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застрахованих осіб) та його (їхнє) майнове становище, крім випадків, встановлених законом, забезпечити конфіденційність у відносинах із Застрахованою особою, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

3.4.5. При наявності підтверджених фактів передачі Застрахованою особою страхових документів іншим особам достроково припинити дію цього Договору відносно цієї Застрахованої особи з письмовим повідомленням Страхувальника про даний факт;

3.4.6. У разі звернення Застрахованої особи до лікувального або іншого закладу за отриманням послуг, передбачених Програмою страхування, протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

3.4.7. Якщо з об'єктивних причин, незалежних від Страховика (у разі ліквідації ЛПУ, зміні переліку послуг, що надаються ЛПУ тощо), Застрахована особа не може обслуговуватися в ЛПУ, забезпечити отримання послуг в іншому закладі згідно з Програмою страхування, в т.ч. з урахуванням умов п. 5.1.Договору;

3.4.8. Виконувати інші обов'язки, передбачені цим Договором, Правилами та чинним законодавством України.

3.5. Права Застрахованої особи:

3.5.1. Застрахована особа або у випадках, передбаченим законом, її уповноважений представник мають права, зазначені в п.п.. 3.1.1.-3.1.2. Договору.

3.6. Застрахована особа зобов`язана:

3.6.1. Забезпечити зберігання страхових документів і не передавати їх іншим особам для отримання останніми послуг, передбачених цим Договором. У разі втрати страхових документів невідкладно (але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів з дня виявлення) надати Страховику письмову заяву (в тому числі електронною поштою) про втрату страхових документів та отримати їх дублікат;

3.6.2. При звернені в ЛПУ Застрахована особа зобов'язана пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу) документ, що посвідчує її особу (з фотографією) та страховий поліс (картку);

У разі відсутності у Застрахованої особи страхового поліса (картки) ЛПУ з переліку Страховика має право відмовити Застрахованій особі в наданні послуг безкоштовно та запропонувати сплатити послуги за власний рахунок. В окремих випадках послуги можуть бути надані лише за умови телефонного або факсимільного підтвердження (гарантії) Страховиком відшкодування вартості надання послуг такій Застрахованій особі;

3.6.3. Якщо на момент настання страхового випадку зв'язок із Страховиком був неможливий, за необхідності отримання невідкладної медичної допомоги у випадку, що загрожує життю, Застрахована особа (або той, хто викликає бригаду), зобов'язана:

– звернутися безпосередньо до служби невідкладної медичної допомоги ЛПУ з переліку Страховика;

– проінформувати службу невідкладної медичної допомоги про наявність цього Договору та Медичний асистанс Страховика про самостійний виклик бригади (в іншому випадку та (або) у разі подвійного виклику бригади невідкладної медичної допомоги вартість виклику Застрахована особа сплачує самостійно);

– попередити працівників ЛПУ (лікаря) про можливість звернення Страховика із запитами для отримання додаткової інформації в тому числі, що містить персональні данні, необхідної для з'ясування обставин і причин надання невідкладної медичної, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, - надати письмовий дозвіл на надання медичною установою інформації Страховикові.

3.6.4. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до п. 4 Частини 1 Договору;

3.6.5. Надати Страховику заяву про здійснення страхової виплати у разі оплати медичних та інших послуг Застрахованою особою за власний рахунок та документи, що підтверджують настання страхового випадку та оплату послуг, зазначених в п. 5.2.2.4. Договору, в строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку;

3.6.6. У разі оплати медичних або інших послуг, передбачених Програмою страхування, за власний рахунок надавати Страховику всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та розміру страхової виплати;

3.6.7. Надати Страховику доручення на отримання Страховиком даних в рамках даного Договору у ЛПУ, що містять персональні дані Застрахованої особи.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не відшкодовуються Страховиком (виключення із страхових випадків) послуги, пов'язані з:

4.1.1. Захворюваннями, розладами здоров'я та станами, що не відносяться до гострого захворювання;

4.1.2. Психічними розладами та захворюваннями, що виникли внаслідок гострої патології, в т.ч. психопатії, психози, неврози, астено-депресивні стани у т.ч., внаслідок прийому психотропних (нейролептики, транквілізатори, антидепресанти), снодійних та заспокійливих засобів; послугами психолога, психотерапевта, психоаналітика, психіатра;

4.1.3. Діагностикою вагітності, а також будь-якими ускладненнями та послугами, що пов'язані з вагітністю та пологами;

4.1.4. Діагностикою та лікуванням СНІД та ВІЛ-інфекції, в т.ч. станів, захворювань, отриманих внаслідок цих станів;

4.1.5. Діагностикою та наданням невідкладної медичної допомоги по захворюванням, за якими встановлена група інвалідності (I, II, III), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджені аномалії та вади розвитку;

Діагностикою класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностикою захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в т.ч. гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, за винятком кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів, якщо вони не є складовою змішаної інфекції); ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес-вірус), вірус Епштейн-Барра;

4.2. Перелік послуг та витрат, вартість яких не відшкодовується Страховиком:

4.2.1. Забір аналізів в домашніх умовах;

4.2.2. Витрати на вироби медичного призначення (медичні вироби), крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги, не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України);

4.2.3. Витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;

4.2.4. Витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;

4.3. Страховик не відшкодовує:

4.3.1. Витрати на послуги в ЛПУ з переліку Страховика, не передбачені конкретною Програмою страхування Застрахованої особи; витрати на послуги в ЛПУ з переліку Страховика, але не призначених для надання цих послуг; витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг; витрати на медичні та інші послуги, товари (вироби) медичного призначення, окрім випадків, якщо це передбачено умовами Договору; витрати на медичні та інші послуги, сплачені Застрахованою особою, отримані при порушенні умов цього Договору та у разі порушення строку для звернення за страховою виплатою відповідно до п. 3.6.5. цього Договору;

4.3.2. Витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування;

4.3.3. Витрати на лікування, яке не відноситься до невідкладної догоспітальної медичної допомоги;

4.3.4. Витрати на послуги, надання яких не передбачено Програмою страхування;

4.3.5. Витрати на послуги (у тому числі вартість медикаментів), щодо яких Застрахованою особою були надані неправдиві відомості про факт та обставини страхового випадку, за наявності виправлень в документах, що суттєво впливають на прийняття рішення (виправлення дати звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, діагнозу, тощо);

4.3.6. Витрати на невідкладну медичну допомогу у разі неповідомлення Медичного асистансу Страховика про самостійний виклик бригади та (або) у разі подвійного виклику бригади невідкладної медичної допомоги.

4.4. На страхування не приймається особа, яка на момент укладення Договору:

а) є інвалідом I групи;

б) хворіє на злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз);

в) перебуває у вагітному стані.

4.5. Страховик не здійснює страхову виплату за послуги (у тому числі вартість медикаментів), призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини, і не здійснює оплату цих послуг ЛПУ та Застрахованій особі. Не відшкодовуються послуги, пов'язані з поліпрагмазією, експериментальними діагностичними обстеженнями.

4.6. Відповідальність Застрахованої особи (Страхувальника):

4.6.1. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана самостійно відшкодувати витрати на оплату вартості послуг лікувально-профілактичному закладу:

а) наданих внаслідок передачі Застрахованою особою особистих страхових документів третій особі та отримання останньою медичних та інших послуг, передбачених умовами Програми страхування Застрахованої особи;

б) при захворюваннях і травмах, отриманих внаслідок форс-мажорних обставин, військових та соціальних конфліктів, техногенних катастроф, аварій, стихійних лих;

в) наданих внаслідок необґрунтованого виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги (в тому числі використання санітарного транспорту): виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи, виклик здійснено не в медичних цілях; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною ним адресою або відмовляється від огляду, виклик (невідкладної) медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання невідкладної медичної допомоги (з метою надання планових медичних консультацій тощо), виклик здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від клініки, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома, несприятливі кліматичні (погодні) умови тощо);

г) у разі відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЛПУ та (або) Страховика про це не менш, ніж за 2 (дві) години до початку консультації;

д) у разі отримання послуг на суму витрат, яка перевищує страхову суму (ліміт відповідальності Страховика), визначену Програмою страхування;

4.6.2. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпоряджень) ЛПУ, медичних приписів, лікувально-організаційного режиму, некоректної поведінки Застрахованої особи, ЛПУ вправі відмовити цій Застрахованій особі в подальшому наданні послуг з наступним повідомленням про це Страховика. При наявності офіційного письмового повідомлення з боку ЛПУ про таке порушення Страховик повідомляє Страхувальника та вправі в односторонньому порядку припинити дію Договору щодо такої Застрахованої особи на умовах розділу 6 Договору.

4.7. Договір не діє на:

4.7.1. Тимчасово окупованій території України;

4.7.2. Території населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження та території населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення. Перелік таких населених пунктів визначається на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до законодавства України;

4.7.3. Території, на яких на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, проводилася антитерористична операція або операція Об'єднаних сил, території проведення оголошеної війни; території, на якій введено військовий стан. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, відповідно до Законодавства України та (або) на підставі документів компетентних органів державної влади України.

4.7.4. Території, на яких на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, проводилися воєнні дії будь-якого характеру (незалежно від того, чи був оголошений стан війни), збройні конфлікти. Межі такої території визначаються на дату настання події, яка може бути визнана страховим випадком, на підставі документів компетентних органів державної влади України.

5. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

5.1. Якщо Застрахована особа на час настання страхового випадку відповідно до умов цього Договору знаходиться у населеному пункті Донецької або Луганської областей України, або АР Крим та (або) населеному пункті, на території якого проводиться антитерористична операція, військові дії та (або) збройні конфлікти, Страховик організовує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у найближчій ЛПУ, яка створена та діє відповідно до чинного законодавства України та знаходиться в іншому населеному пункті України, на території якого органи державної влади України здійснюють свої повноваження в повному обсязі. Підбір ЛПУ відноситься до компетенції лікаря Страховика.

5.2. Порядок організації Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг за п.п.1.1.2.1, 1.1.2.3., 1.1.2.4. Ч.1 Договору:

5.2.1. Заявку на отримання медичної допомоги (обстеження та консультації), Застрахована особа повинна надати лікарю Страховика по телефону чи електронною поштою не менше, ніж за 2 (два) робочі дні до бажаної дати консультації чи обстеження. Лікар Страховика організовує консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до ЛПУ та повідомляє про це Застраховану особу не пізніше, ніж за 1 (один) календарний день до встановленої дати проведення консультації або діагностичного обстеження.

За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень в день звернення Застрахованої особи до Страховика останній може записати Застраховану особу без встановлення конкретного часу проведення таких досліджень.

При призначенні лікарем ЛПУ з переліку Страховика медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому медичному закладі, Застрахована особа телефонує до лікаря Страховика за телефонами, зазначеними в страховому полісі (картці), та за його направленням відвідує визначений лікарем інший консультативно-діагностичний медичний заклад згідно з Програмою страхування Застрахованої особи.

5.2.2. Порядок організації Застрахованій особі дистанційної консультації лікаря (Лікар Онлайн) за п.п.1.1.2.2. Ч.1 Договору:

5.2.2.1. Після оформлення та надання Застрахованій особі медичного страхового полісу, Страховик направляє Застрахованій особі СМС з посиланням на сервіс з логіном та паролем від Кабінету клієнта на сайті likaronline.com.ua;

5.2.2.2. Застрахована особа для отримання дистанційної консультації має зайти на сайт likaronline.com.ua; або завантажити мобільний додаток Лікар Онлайн (Android або Apple) або перейти по посиланню likaronline через мобільний додаток «Провідна».

5.2.2.3. Застрахованій особі необхідно ввести логін та пароль в полі авторизації та обрати зручний спосіб зв'язку, після чого отримати дистанційну консультацію лікаря згідно обраної програми страхування.

За програмою "БАЗОВА" передбачені дистанційні консультації лікаря-терапевта;

За програмою "ОПТИМАЛЬНА" та "ПРЕМІУМ" - передбачені дистанційні консультації лікаря-терапевта та вузькопрофільних спеціалістів (гінеколога, оториноларинголога, кардіолога, невролога, алерголога, гастроентеролога, дерматовенеролога, травматолога, уролога, ендокринолога).

Лікар може призначити: лабораторні дослідження та інструментальні методи досліджень; консультації вузькопрофільних спеціалістів у клініці; схеми лікування (призначення медикаментів, роз'яснення щодо прийому медикаментів, консультування по дотриманню режиму та харчування, фізіопроцедури).

5.2.2.4. За програмою "БАЗОВА" всі рекомендації по лабораторним та інструментальним дослідженням, направлення на консультацію до вузькопрофільних спеціалістів у клініку, передаються лікарем-терапевтом для подальшого погодження та організації до медичного аси стансу Страховика, протягом однієї години після консультації.

5.2.2.5. За програмою "ОПТИМАЛЬНА" та "ПРЕМІУМ" всі рекомендації по лабораторним та інструментальним дослідженням, направлення на додаткову консультацію до вузькопрофільних спеціалістів у клініку, передаються лікарем-терапевтом або вузькопрофільним спеціалістом, для подальшого погодження та організації до медичного аси стансу Страховика, протягом однієї години після консультації.

5.2.3. Порядок і умови здійснення страхової виплати при наданні послуг невідкладної догоспітальної медичної допомоги за п.п.1.1.1. Ч.1 Договору:

Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичної допомоги та медичних послуг та (або) медикаментів у межах страхової суми та (або) лімітів відповідальності Страховика відповідно до Програми страхування та умов Договору. Страхові виплати можуть бути здійснені:

5.2.3.1. Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), якщо вона самостійно оплатила вартість медичних послуг та (або) медикаментів; або

5.2.3.2. Якщо Застрахована особа самостійно не оплатила медичні послуги та (або) медикаменти – ЛПУ, яка надала такі медичні послуги та (або) медикаменти.

5.2.3.3. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг та придбала медикаменти, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати та передбачені п. 5.2.3.4. Договору.

5.2.3.4. Застрахована особа надає Страховику заяву на виплату встановленої Страховиком форми з наданням всіх документів, оформлених відповідно до вимог чинного законодавства України, що підтверджують настання страхового випадку та оплату Застрахованою особою медичних послуг (медикаментів), а саме:

– Довідку лікаря ЛПУ (консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з зазначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до ЛПУ, перелік наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

– Фіскальний чек (в разі відсутності в ЛПУ касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів) про сплату отриманих медичних та інших послуг;

– Копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати, та копію довідки контролюючого органу про присвоєння Застрахованій особі реєстраційного номеру облікової картки платника податків. У разі отримання виплати довіреною особою Застрахованої особи – довіреності, яка видана Застрахованою особою і оформлена нею в установленому порядку, копії довідки контролюючого органу про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю.

– Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати та розрахування розміру страхової виплати або про відмову здійснити страхову виплату.

5.2.3.5. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:

– документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;

– довідки, талони, накладні, консультативні висновки, акти виконаних робіт, калькуляції витрат, товарні чеки аптечних закладів та ін. без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати отриманих медичних та інших послуг або медикаментів;

– квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;

– товарні чеки від приватних підприємців (ФОП, СПД, ПП) без номера, підпису або печатки приватного підприємця;

– копії фінансових документів;

– квитанції про сплату благодійних внесків.

5.2.3.6. У разі смерті Застрахованої особи Страховик здійснює страхову виплату спадкоємцю такої Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України.

5.2.3.7. Зазначені у п. 5.2.3.4. Договору документи надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

5.2.3.8. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову здійснити страхову виплату здійснюється після усунення (виправлення) цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальника та Застраховану особу в письмовій формі протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

5.2.3.9. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за рішенням Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку і які повинні бути надані Страхувальником.

5.2.3.10. Якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник має чинний договір страхування щодо предмета цього Договору з іншою страховою компанією, то Страховик здійснює страхову виплату в розмірі тієї частини/відсотку збитку, яка пропорційна розміру страхової суми за Договором.

5.2.3.11. Загальний розмір суми здійснених страхових виплат протягом строку дії Договору страхування не може перевищувати страхову суму, встановлену для Застрахованої особи.

5.3. У разі здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) для Застрахованої особи зменшується на розмір вже здійсненної виплати/т.

5.4. Якщо у місці настання страхового випадку, який потребує надання невідкладної медичної допомоги, немає ЛПУ з переліку Страховика, Страховик відповідно до п. 5.2.2. Договору відшкодовує вартість послуг, отриманих Застрахованою особою:

а) у державних та відомчих ЛПУ – у розмірі 100 % вартості отриманих медичних послуг незалежно від Програми страхування;

б) у приватних ЛПУ залежно від Програми страхування.

При цьому вартість медикаментів відшкодовується у розмірі 100%.

5.5. Якщо Застрахована особа за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість одержаних медичних та (або) інших послуг, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі, розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати.

5.6. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі відповідно до умов Договору у разі самостійної оплати останньою отриманих медичних та інших послуг і придбаних медикаментів на підставі заяви Застрахованої особи і страхового акта, який складає Страховик або уповноважений лікар Страховика на підставі документів, наданих Застрахованою особою і що підтверджують факт настання страхового випадку відповідно до п. 5.2.3.4. Договору.

5.7. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати відповідно до п. 5.2.3.4. Договору, Страховик:

5.7.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок Застрахованої особи;

5.7.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

5.7.3. Приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати відповідно до п. 5.9. Договору. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття.

5.8. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин і розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає її проведення. У разі визнання події страховим випадком Страхувальникові відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

5.9. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо:

5.9.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у виплаті) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 5.2.2.4. Договору;

5.9.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір завданого збитку. У цьому випадку з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру збитку Страховик має право провести додаткову перевірку обставин, направляти запити до компетентних органів або замовляти проведення експертизи (дослідження тощо), яку проводить незалежний фахівець (експерт), який має відповідно до чинного законодавства України належні повноваження. Рішення про виплату або відмову здійснити страхову виплату Страховик приймає не пізніше 10 (десяти) робочих днів після складення Страховиком документа про результати проведення додаткової перевірки, отримання відповідей на запити або отримання звіту про експертизу (дослідження тощо), але не пізніше ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів від дня одержання останнього документа з переліку документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку;

5.10. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

5.10.1. Вчинення Страхувальником – фізичною особою, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладений Договір, членами їхніх сімей, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

5.10.2. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру й розміру завданого збитку;

5.10.3. Виключення зі страхових випадків, передбачені у п. 4 Договору;

5.10.4. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених п. 3.2. Договору;

6. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

6.1. Місце (територія) дії Договору:

6.1.1. За ризиком п.п. 1.1.1. Частини 1 Договору класу клінік «В+» – Україна, з урахуванням п. 4.7. Договору, вибір медичного закладу (ЛПУ) для організації допомоги залишається за Страховиком.

6.1.2. За ризиком п.п. 1.1.1. Частини 1 Договору класу клінік «А», «А+», «А++» - м. Київ, 30 (тридцяти)- кілометрова зона міста Київ. У разі знаходження Застрахованої особи на момент настання страхового випадку в межах більше 30 (тридцяти)- кілометрової зони міста Київ, вибір медичного закладу (ЛПУ) для організації допомоги залишається за Страховиком.

6.1.3. За ризиками п.п. 1.2., 1.1.2. п. 1 Частини 1 Договору (крім п.п. 1.1.2.2.) – м. Київ, 30 (тридцяти)- кілометрова зона міста Київ.

6.1.4. За ризиками п.п. 1.1.2.2. п. 1 Частини 1 Договору – весь світ.

6.2. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

6.2.1. Закінчення строку дії Договору;

6.2.2. Несплати Страхувальником страхового платежу в розмірі та строки, передбачені п. 1 Частини 1 Договору. При цьому Сторони дійшли згоди, що Страховик не зобов'язаний пред'являти Страхувальникові вимогу про необхідність сплатити страховий платіж;

6.2.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

6.2.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

6.2.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування";

6.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

6.2.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.3. Дію Договору також може бути припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. У такому випадку Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страхувальник або Страховик), направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менш, ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься односторонньою відмовою від Договору.

6.4. У разі дострокового припинення дії цього Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу у розмірі 30% страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

6.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

6.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

6.7. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

6.8. Належна до повернення частина страхового платежу повинна бути виплачена протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії цього Договору.

6.9. У разі дострокового припинення дії Договору повернення страхового платежу здійснюється в безготівковій формі.

6.10. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється протягом 20 (двадцяти) календарних днів після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків:

6.10.1. Здійснення страхових виплат;

6.10.2. Прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату.

7. ОСОБЛИВІ УМОВИ

7.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов цього Договору, вирішуються шляхом переговорів, а у разі неврегулювання спору у добровільному порядку – у порядку згідно з чинним законодавством України.

7.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями цього Договору та положеннями Правил або інформацією, зазначеною у заяві, застосовуються умови, визначені цим Договором.

7.3. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються Правилами та чинним законодавством України.

7.4. Сторони Договору страхування не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.

8. УМОВИ АКЦЕПТУ ДОГОВОРУ. ВИКОРИСТАННЯ АНАЛОГУ ВЛАСНОРУЧНОГО ПІДПИСУ ТА ФАКСИМІЛЬНОГО ВІДТВОРЕННЯ ПЕЧАТКИ ДЛЯ ВЧИНЕННЯ ДОГОВОРУ

8.1. Страховик, керуючись нормами статті 207 Цивільного кодексу України та ст.12 Закону України «Про електронну комерцію», пропонує будь-яким юридичним особам та/або дієздатним фізичним особам, що визначаються згідно з умовами преамбули цієї пропозиції, застосовувати, з метою укладання між такою юридичною особою/фізичною особою та Страховиком угоди, використання аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика, які відтворені засобами копіювання та зразки яких визнаються Сторонами та наведені в цьому пункті, а саме:

(зразок аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика)

8.2. У разі акцепту зазначеної пропозиції юридичною особою/фізичною особою, що визначається згідно з умовами преамбули цієї пропозиції, Договір укладається з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:

- вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором;
- не вчинено з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;
- при укладанні Договору Сторони цілком розуміють природу правочину, що вчиняється, права та обов'язки Сторін, що виникають на підставі цього Договору;
- Сторони цілком розуміють всі обставини, що мають істотне значення для укладення Договору;
- не існує будь-яких обставин, що можуть перешкодити Сторонам у вчиненні Договору.

8.3. Ця пропозиція про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки акцептована Страхувальником шляхом підписання ним Договору є угодою про використання аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки в Договорі.

Т.в.о. Голови Правління ПрАТ «СК «ПРОВІДНА» О.О. Ваганова

(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика)