

Пропозиція

щодо укладання електронного договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки») (публічна частина Договору страхування)

Ця Пропозиція є офіційною публічною офертою Акціонерного Товариства «Страхова компанія «Країна», код ЄДРПОУ – 20842474, поточний рахунок IBAN UA 61 305299 00000 26506016200108 в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», ліцензія Держаної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України АВ № 533010 на право провадження добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), строк дії ліцензії: з 26.03.2010 р. безстроково, адреса електронної пошти krayina@krayina.com (надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти зі Страховиком електронний договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки») (далі – Договір страхування) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента відповідно до «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» від 26.03.2010 р. № 0310200 Страховика (надалі – Правила страхування) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні довірчі послуги» «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на сайті Страховика <https://krayina.com/page/litsenziya-ta-pravila>.

Адреса Страховика – 04176, м. Київ, вулиця Електриків, 29А.

Страховий агент АТ КБ "Приватбанк", код ЄДРПОУ - 14360570, місцезнаходження: м. Київ, вул. Грушевського, 1д

Контактний телефон Центру Страхування: 3700.

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, про страхування здоров'я якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

ВИГОДОНАБУВАЧ – медичні заклади з якими Страховик має договірні відносини.

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Електронний договір страхування (Договір страхування) - електронний договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (продукт «Е-ліки»)

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 страхування або отримання страхового відшкодування;

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовуються Страховиком та/або його страховим агентом для укладання договорів страхування, та врегулювання страхових випадків у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Ідентифікація Клієнта в ІТС - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика та/або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо;

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 Клієнта в ІТС.

Період очікування страхового випадку - проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (або дати поновлення зобов'язань Страховика після сплати страхового платежу за період страхування) протягом

якого Страховик не несе зобов'язань за цим Договором страхування, а випадки, що сталися у цей період не є страховими. Період очікування вказано в п. 7.4. полісу (індивідуальної частини Договору).

Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий випадок – подія, передбачувана Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхувану виплату.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, при настанні Страхового випадку зобов'язаний здійснити Страхувану виплату.

Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов Договору страхування.

Розлад здоров'я (захворювання, хвороба) – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

Медикаменти та матеріали – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони тощо), призначені лікуючим лікарем та спрямовані на лікування встановленого захворювання (за умов наявності Страхового випадку, згідно умов Договору) та передбачені Додаток 1 до цього договору.

Аптечний заклад – заклад що надає Застрахованій особі призначені його сімейним лікарем медикаменти та матеріали, медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення, у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Договору страхування, що є невід'ємною частиною цього Договору.

Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на лікування у зв'язку з хворобами відповідно до Додатку № 1 до цього Договору .

Медична інформаційна система (МІС) - це спеціалізований тип програмного забезпечення для інформатизації закладів охорони здоров'я та автоматизації робочих місць їх працівників, який підключений до електронної системи охорони здоров'я України та надає змогу сімейному лікарю укласти Декларацію і виписати електронний рецепт на медикаменти в рамках, передбачених цим Договором.

Helsi - медична інформаційна система для закладів охорони здоров'я (далі - ЗОЗ) та медичний портал для пацієнтів в Україні, який має використовувати сімейний лікар для виконання умов Договору.

Генерик – відтворений лікарський препарат, який за своєю терапевтичною ефективністю та безпекою відповідає оригінальному препарату, взаємозамінний з його патентованим аналогом.

Гостре захворювання (Раптове захворювання) – раптове погіршення самопочуття людини, яке має яскраво виражені клінічні симптоми.

Хронічне захворювання – тривале захворювання, яке з моменту його виникнення супроводжує людину протягом тривалого періоду життя, має прогресуючі негативні наслідки для організму людини, циклічність протікання (загострення – ремісії).

Франшиза - сума, що не відшкодовується Страховиком та сплачується аптечному закладу безпосередньо Застрахованою особою, як оплата частини вартості медикаментів.

1. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1.1. Для укладення Договору страхування Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що 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; заповнити Електронну заяву, та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Програмою страхування, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування - Поліс(індивідуальної частини Договору).

1.2. Укладення Договору страхування здійснюється на шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://krayina.com/page/oferti>. та його страхових агентів, а також в ІТС (тощо) Страховика та його страхових агентів.

1.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної пропозиції Клієнтом вважається заповнення електронної заяви про укладення Договору страхування та підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до ст. 12 ЗУ «Про електронну комерцію» шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та ведення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора.. Безумовним прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір страхування на умовах,

визначених Пропозицією, вважається отримання Страховиком/страховим агентом відповіді про прийняття пропозиції. Після здійснення акцепту та укладення Договору Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує підтвердження укладення Договору страхування (Поліс(індивідуальної частини Договору)) та здійснення оплати страхового платежу у формі повідомлення разом з Електронним полісом на засіб електронного зв'язку.

1.4. Заповненням електронної заяви про укладення Договору страхування Клієнт узгоджує всі істотні умови Договору страхування. Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування не є укладеним без підписання заяви електронним підписом Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

1.5. Після здійснення акцепту Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс(індивідуальної частини Договору)) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking). Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу та діє протягом строку, зазначеного в Полісі(індивідуальної частини Договору).

1.6. Після укладення Договору Клієнт набуває статусу Страхувальника.

1.7. Відповідь про прийняття пропозиції (Акцепт Пропозиції) може бути здійснено Клієнтом із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ошад 24/7 та інші).

1.8. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування) з Додатком №1 до Договору страхування, повний текст якої доступний на сайті Страховика <https://krayina.com/page/oferti> Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

1.9. Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://krayina.com/page/publicna-informatsiya>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору страхування та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування. Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує погодження отримання Полісу(індивідуальної частини Договору), пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking).

1.10. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дня набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику або його страховому агенту, який представляв інтереси Страховика при укладенні Договору страхування електронної заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. Страховик повинен повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного договору страхування протягом 5 (п'яти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна іншій все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають передбачені даним Договором страхування зобов'язання щодо предмету Договору страхування, які вказані в п.4 Розділу №1 Пропозиції.

1.11. Також, Страхувальник може відмовитися від укладеного Договору страхування шляхом несплати страхового платежу. В такому випадку Договір страхування не набуває чинності.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ.

2.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника чи третьої особи (застрахованої особи) визначеної страхувальником у договорі страхування за її згодою.

2.2. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Закону України «Про страхування» та іншим нормативним актам.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

3.1. **Страховими ризиками за цим Договором є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:**

3.1.1. гостре захворювання;

3.1.2. загострення хронічного захворювання;

3.1.3. розлади здоров'я внаслідок нещасного випадку.

3.2. **Страховим випадком** є гостре захворювання; загострення хронічного захворювання; з подальшим одержанням медичних послуг Застрахованою особою (надалі – ЗО) призначені його сімейним лікарем, а саме: отримання медикаментів та матеріалів, медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення, в аптечному закладі у межах переліку що знаходиться за посиланням <https://krayina.com/> та обсягах, передбачених Додатком №1 до Договору страхування, що є невід'ємною частиною цього Договору.

3.3. Сторони домовилися, що не є страховими випадками події, які мали місце (або розпочалися) під час періоду очікування страхового випадку та/або в період страхування, за який Страховиком не отримано відповідний страховий платіж.

4. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ.

4.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п. 7 Полісу (індивідуальної частини Договору) з автоматичною пролонгацією на 12 місяців. Строк дії Договору страхування поділяється на оплачувані періоди страхування. Договір страхування діє за наявності сплати на відповідний(-і) оплачений(-і) період(-и) страхування. При цьому Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу за період страхування на поточний рахунок Страховика. Строк закінчення останнього періоду страхування відповідає строку закінчення Договору страхування.

4.2. Період страхування – 6 або 12 місяців. За Договором, встановлюється оплачуваний період страхування - 1 (один) місяць. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. В разі прострочення оплати страхового платежу, оплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика, і триває місяць, при цьому договір діє до дати, вказаної як дата закінчення Договору страхування (в разі періоду страхування місяць). Якщо страховий платіж надійшов у діючому періоді страхування, то наступний період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення попереднього періоду страхування.

4.3. Дія Договору страхування продовжується на 12 місяців у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування, якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити та за умови, що на момент такого продовження діє договір доручення зі страховим агентом, за сприяння якого укладено цей Договір. У разі втрати чинності вказаного в цьому пункті договору доручення з будь-яких підстав станом на дату лонгації Договору, Страховик повідомляє про припинення Договору та повертає сплачені страхові платежі на наступні періоди страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів.

5. СТРАХОВА СУМА.

5.1. Розмір страхової суми складає 10 000,00 грн. на період 6 місяців, та 20 000,00 (двадцять) тисяч гривень на період 12 місяців.. Конкретний розмір страхової суми зазначається у п.6 Полісу (Індивідуальній частині Договору).

5.2. Страхова сума є зменшеною (агрегатною) страховою сумою, що розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору страхування (продлонгації) та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом кожного одного року після дати укладення (відповідно - продлонгації) договору.

5.3. При розрахунку суми страхової виплати до розрахунку береться розмір страхової суми на день прийняття рішення (зменшений на суми здійснених страхових виплат).

5.4. В разі продовження дії договору на наступний строк страхова сума відновлюється.

6. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

6.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи та вказується в п. 6 Полісу (індивідуальної частини Договору). Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік застрахованої особи	Страховий тариф (піврічний/річний)	Страховий платіж (річний), грн	Страховий платіж (піврічний), грн	Страховий платіж (щомісячний), грн
Від 0 до 5 років (включно)	24%	4800	2400	400
Від 6 до 17 років (включно)	12%	2400	1200	200
Від 18 до 39 років	7,2%	1440	720	120

(включно)				
Від 40 до 65 років (включно)	12%	2400	1200	200
Від 66 - ...	24%	4800	2400	400

6.2. Страховий платіж (загальний) зазначається у п.6 індивідуальної частини Договору.

6.3. Договір не може бути пролонговано у випадку переходу в іншу вікову категорію, яка передбачає збільшення страхового платежу, без укладання нового Полісу (індивідуальної частини Договору) зі страховим платіжем згідно своєї вікової категорії та встановленням відповідного «Регулярного платежу» в Особистому кабінеті «Приват24».

6.4. Річний та піврічний страховий платіж зазначається у п.6.4. індивідуальної частини Договору.

7. ФРАНШИЗА.

7.1. Цим договором передбачено застосування франшизи у розмірі 20% від страхової виплати, та яка зазначається в п.6.3. індивідуальної частини Договору.

8. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

8.1. Страхові платежі здійснюються за реквізитами, визначеними в п. 8.1 індивідуальної частини Договору.

8.2. Спосіб сплати: щомісячний регулярний платіж у розмірі 1/12 річного страхового платежу, чи 1/6 піврічного страхового платежу згідно п. 6.4 індивідуальної частини Договору.

8.3. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

8.4. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: «Страхова премія за договором № _____ від _____».

8.5. Страхувальник має право сплатити перший страховий платіж або річний страховий платіж в повному обсязі протягом 3 місяців в разі укладання договору терміном на 6 місяців, та 6 місяців в разі укладання договору терміном на 12 місяців, з дати укладення Договору.

8.6. Страховик не несе зобов'язання за цим Договором, а події не є страховими у період, за який Страховиком не отримано відповідний страховий платіж і ніякі страхові виплати за ним не здійснюються.

8.7. У разі сплати наступного місячного страхового платежу цей Договір страхування поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження місячного страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

8.8. При сплаті страхового платежу одноразово - у разі несплати або неповної сплати страхового платежу, цей Договір страхування не набуває чинності до моменту сплати страхового платежу і жодні страхові виплати за випадками, що мали місце в період від дати початку дії Договору страхування, зазначеної в п.7 індивідуальної частини Договору, до 00 годин дня, наступного, за днем сплати страхового платежу Страховиком не здійснюються.

8.9. При сплаті страхового платежу рівними частинами (місячними страховими платежами):

- у разі несплати або неповної сплати страхового платежу на перший період страхування цей Договір страхування не набуває чинності до моменту сплати страхового платежу і жодні страхові виплати за випадками, що мали місце в період від дати укладення Договору страхування, до 00 годин дня, наступного, за днем сплати страхового платежу Страховиком не здійснюються;

- у разі несплати частини місячного страхового платежу на наступний період страхування в обсязі визначеному в п. 6.1. індивідуальної частини Договору, Страховик не несе відповідальності за випадками, що мали місце в період, починаючи з 00 годин дня, наступного, за останнім днем, визначеним, як сплачений період страхування до 00 год. дня, наступного за днем сплати відповідної частини місячного страхового платежу, при цьому дата закінчення строку дії Договору страхування та сплаченого періоду залишається незмінною. За будь-яких обставин, за випадками, що трапились в період прострочення сплати страхового платежу страховий захист не надається і Страховик не несе відповідальності відповідно до умов Договору страхування.

8.10. Для Договорів страхування з періодом страхування 12 місяців дія Договору страхування припиняється та Договір страхування не може поновити свою дію у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхових платежів протягом 6 (шести) місяців поспіль.

8.11. У випадку несплати страхового платежу Страхувальником протягом 3 (трьох), 4 (чотирьох) та 5 (п'яти) місяців поспіль, для наступного першого оплаченого періоду страхування застосовується період очікування 14 днів, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах

перших симптомів настання захворювання та/або стану, що потребує лікування не буде підставою для отримання будь-яких виплат та сплати послуг по Договору протягом терміну його дії.

9. МІСЦЕ СТРАХУВАННЯ

9.1. Місце дії Договору страхування – Україна.

9.2. Дія Договору страхування не поширюється в зонах військових конфліктів, території здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, що здійснюються шляхом проведення операції Об'єднаних сил (ООС), тимчасово окупованих територій (Автономна Республіка Крим та місто Севастополь) або населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та таких, що розташовані на лінії зіткнення, згідно з Розпорядженням КМУ від 07.11.2014р. № 1085-р «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення» в редакції, що діяла на момент настання страхового випадку; місцевості, де офіційно оголошено про надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха; території, які визнано зонами відчуження внаслідок аварії на ЧАЕС.

9.3. Факт укладення Договору страхування посвідчується Полісом (індивідуальна частина Договору), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору страхування.

9.4. Поліс(Індивідуальна І частина Договору) направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу(індивідуальної частини Договору) та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

9.5. Сторони домовилися, що відправка Поліса(індивідуальної частини Договору) та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Поліс(індивідуальної частини Договору) на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса(індивідуальної частини Договору), підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

9.6. Поліс(Індивідуальна частини Договору), який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента згідно п.2.2 Розділу №1 Пропозиції 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 відбитка печатки Страховика, зразок яких відображено в Пропозиції.

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

10.1. Страховик зобов'язаний:

10.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;

10.1.2. здійснювати Страхові виплати в порядку, передбаченому цим Договором;

10.1.3. не розголошувати відомості про ЗО, щодо стану їх здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України та правочинами, укладеними страховиком;

10.1.4. за заявою Страхувальника (ЗО), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір або укласти Додаткову угоду до Договору, із урахуванням зміни ступеню страхового ризику;

10.1.5. за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом оплати (відшкодування) вартості медикаментів та матеріалів, що були призначені застрахованій особі сімейним лікарем, до яких він (вона) звернувся під час Оплаченого періоду страхування, у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Договору страхування, що є невід'ємною частиною цього Договору.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та даним Договором;

10.2.2. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі, протягом строку дії Договору, інформувати Страховика про фактори, які об'єктивно підвищують ступінь страхового ризику, зокрема,

погіршення умов праці ЗО, встановлення ЗО певної групи інвалідності, встановлення професійного захворювання ЗО тощо;

10.2.3. при укладенні Договору і протягом строку його дії:

- отримувати у письмовій формі згоду Застрахованих осіб на укладення цього Договору по відношенню до цих ЗО та передавати її Страховику за його вимогою;
- при отриманні даних щодо змін інформації за певними ЗО (зміна прізвищ, адрес тощо), а також про укладення іншими страховиками договорів медичного страхування щодо ЗО повідомляти про це Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів, а також про всі інші договори добровільного страхування, укладені щодо життя та/або здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи).

10.2.4. повідомити ЗО про укладення щодо них цього Договору протягом 3 (трьох) робочих днів до дати набрання ним чинності по відношенню до цих ЗО та ознайомити їх зі змістом цього Договору та Правил страхування;

10.2.5. своєчасно вносити страхові платежі (їх частини) у розмірах, встановлених цим Договором, в тому числі при збільшенні тарифу у випадках, передбачених цим договором;

10.2.6. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;

10.2.7. надати офіційні документи або їх засвідчені в установленому порядку копії, необхідні для ідентифікації, верифікації, вивчення клієнта, уточнення інформації про клієнта, а також для виконання інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні цього Договору.

10.3.2. у випадку підвищення ступеня страхового ризику, запропонувати Страхувальнику внести зміни в Договір, включаючи умови збільшення розміру страхового платежу;

10.3.3. протягом 3 (трьох) років з дня здійснення Страхової виплати вимагати її повернення (або компенсації), якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України, у тому числі в разі з'ясування підстав, що (в разі їх виявлення на момент прийняття рішення) могли бути підставою для відмови у виплаті;

10.3.4. відмовити у Страховій виплаті у випадках, передбачених Договором, Правилами страхування та законодавством;

10.3.5. достроково припинити дію Договору, згідно з його умовами;

10.3.6. протягом дії Договору вносити зміни до Переліку фармакотерапевтичної групи препаратів за даною Програмою.

10.3.7. Відстрочити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес – до закінчення розслідування або прийняття судового рішення. Страховик має право не здійснювати виплату страхового відшкодування з підстав, передбачених законодавством у сфері фінансового моніторингу. Страховик має право продовжити строк на здійснення страхової виплати, в разі, якщо в результаті врегулювання страхового випадку та настання строку для Страхової виплати відповідно до цього Договору, не буде завершено належні заходи фінансового моніторингу, що вчиняються Страховиком відповідно до закону – до здійснення таких заходів.

10.3.8. Ініціювати внесення змін та припинення дії Договору страхування.

10.3.9. Залучати до виконання цього Договору третіх осіб, для чого передавати їм дані Страхувальника та/або Застрахованої особи.

10.4. Страхувальник має право:

10.4.1. перевіряти виконання Страховиком умов цього Договору, в тому числі отримувати у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;

10.4.2. вимагати від Страховика своєчасного проведення Страхових виплат на умовах, передбачених цим Договором;

10.4.3. достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором;

10.4.4. у разі відмови Страховика здійснити Страхову виплату вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;

10.4.5. отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов надання Застрахованим особам медичних послуг, передбачених Договором.

10.5. Застрахована особа зобов'язана:

10.5.1. виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів медичних закладів;

10.5.2. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання Страхового випадку;

10.5.3. дотримуватися правил розпорядку і режиму роботи лікувальних установ, які надають медичні послуги ЗО.

10.6. Застрахована особа має право:

10.6.1. вимагати від Страховика своєчасного проведення Страхових виплат, передбачених цим Договором;

10.6.2. у разі відмови Страховика здійснити Страхову виплату вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;

10.6.3. отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов надання медичних послуг, передбачених Договором.

11. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

11.1. Цей Договір припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

11.1.1. закінчення строку його дії;

11.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (або Застрахованою особою, якщо вона є відмінною від Страхувальника особою) у повному обсязі;

11.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки;

11.1.4. смерті Страхувальника-громадянина/Застрахованої особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування; смерті Застрахованої особи, якщо вона є відмінною від Страхувальника особою.

11.1.5. прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним.

11.2. Страхові платежі за Договором, отримані Страховиком за періоди страхування після припинення дії Договору з підстав, зазначених у пп. 11.1. повертаються платнику.

11.3. Дію цього Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

11.4. Про намір достроково припинити дію цього Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії цього Договору, в такому разі Договір вважається припиненим з 31 дня із дати отримання повідомлення іншою стороною. Сторони домовилися (Страхувальник надав згоду), що дія Договору страхування може бути припинена страховиком достроково, в тому числі в разі виконання Страхувальником всіх умов договору страхування. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 30% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

11.5. Договір страхування припиняє свою дію та не може поновити свою дію у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхових платежів протягом 6 (шести) місяців поспіль.

11.6. Пропозиції Страховика про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування в частині істотних умов Договору, можуть здійснюватися шляхом направлення щонайменше за 5 (п'ять) робочих днів до дати запланованої зміни істотних умов, повідомлення, у формі що дає можливість встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі на електронну адресу Страхувальника та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking). У випадку згоди щодо внесення змін до Договору страхування, Сторони укладають нову угоду на запропонованих умовах у та у порядку відповідно до п. 1 цієї пропозиції.

11.7. У випадку подання Страхувальником заяви про дострокове припинення дії Договору страхування протягом 7-ми календарних днів з дати укладення Договору страхування, у разі відсутності страхових випадків, страховий платіж повертається Страхувальнику у повному обсязі.

12. ПОРЯДОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

12.1. Огляд, встановлення діагнозу та призначення Застрахованим особам медикаментів - генериків та/або матеріалів медичного призначення здійснюється виключно сімейним лікарем, з яким ЗО уклала відповідний договір (декларацію). При цьому Декларація має бути укладена тільки з сімейним лікарем з використанням Helsi. Перевірка наявності лікаря в - Helsi, та/або запис на прийом до лікаря можливі за посиланням - <https://helsi.me>

12.2. При настанні страхового випадку Застрахована особа, або особа, що представляє її інтереси, зобов'язана звернутися за медичною допомогою до сімейного лікаря.

12.3. Для виконання цього Договору Сімейний лікар повинен встановити діагноз захворювання ЗО у відповідності до «Міжнародного класифікатора хвороб МКХ 10» або до «Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2)».

12.4. Згідно до встановленого діагнозу ЗО сімейний лікар повинен оформити електронний рецепт у одній з медичних інформаційних систем (МІС), що передбачені цим Договором.

12.5. Після отримання Страховиком інформації про призначені сімейним лікарем медикаменти у відповідності до отриманої інформації Страховиком формується замовлення медикаментів (у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком №1 до Договору страхування, в аптечному закладі в якому мають бути необхідні медикаменти, де було оформлено електронний рецепт.

12.6. Сповіщення Застрахованої особи про здійснене замовлення здійснюється Страховиком або іншою особою, залученою ним до виконання Договору, протягом однієї години з моменту отримання Страховиком інформації про призначені сімейним лікарем медикаменти шляхом СМС-повідомленням на мобільний телефон Застрахованої особи, що зазначений в Полісі (Індивідуальна частина Договору).

12.7. Застрахована особа повинна протягом двох календарних днів із дня замовлення Страховиком отримати замовлені медикаменти. Після закінчення даного строку замовлення визнається анульованим, рішення Страховика за страховим випадком вважається прийнятим, обов'язки Страховика за даним випадком вважаються виконаними, повторна страхова виплата не проводиться, компенсація самостійно здійснених витрат не здійснюється. Наступне замовлення можливо тільки після оформлення наступного електронного рецепту.

12.8. Медичне призначення не може перевищувати дозування, яке передбачає прийом препаратів на 14 (Чотирнадцяти)- денний календарний строк, у випадку продовження лікування повинно бути оформлено нове медичне призначення. В разі незгоди ЗО із призначеним лікуванням, зокрема, із призначеними медикаментами, та їх заміною, та/або незгоди із конкретним аптечним закладом, в якому Страховиком сформоване замовлення згідно умов цього договору, та/або в разі самостійної оплати медикаментів, страхова виплата не здійснюється, компенсація понесених витрат не проводиться.

12.9. Надаючи сімейному лікарю номер договору страхування та дату народження, Страхувальник надає та підтверджує згоду на використання МІС для передачі знеособлених відомостей про неї (в тому числі про встановлені діагнози і призначені ліки тощо) для обробки в електронній системі «ЗаХист» з метою використання Страховиком таких даних для виконання зобов'язань згідно з цим Договором, а також для реалізації сторонами своїх прав та обов'язків за цим Договором, про що Страхувальник додатково не повідомляється

13. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

13.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором, на підставі заяви Страхувальника (ЗО) і страхового акту. Для одержання медичних послуг передбачених умовами Договору Страхувальник, Застрахована особа повинні надати Страховику заяву про настання страхового випадку. Сторони погоджуються, що заявою на виплату страхового відшкодування є факт звернення до сімейного лікаря, із зазначенням номеру Договору страхування.

13.2. В разі, якщо надається заява Страхувальника (ЗО), що формується за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика (Страхового агента) на підставі даних по діючому договору страхування, даним Страхувальника (ЗО), складеному сімейним лікарем електронному рецепту, сторони домовились, що така заява про виплату страхового відшкодування за формою прирівнюється до письмової, і є підставою для виплати страхового відшкодування відповідно до ст. 25 Закону України «Про страхування».

13.3. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення, призначених сімейним лікарем Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, згідно вартості у аптечному закладі згідно умов цього договору, але у будь-якому випадку, не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (зазначеного) в Договорі та у відповідній Програмі страхування.

13.4. Страхова виплата здійснюється аптечному закладу на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та таким закладом, на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги та їх вартість.

13.5. Після здійснення кожної Страхової виплати, Страхова сума для відповідної ЗО або Ліміт (якщо такий передбачений щодо послуг, за якими була здійснена виплата) зменшується на суму такої виплати.

13.6. Загальна сума Страхових виплат, здійснених по кожному Страховому випадку з однією ЗО, передбаченому цим Договором, не може перевищувати загального розміру Страхової суми, встановленої цим Договором для відповідної ЗО.

13.7. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця оплаченого періоду страхування, а наступна відповідальність Страховика зменшується на виплачену суму. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія цього Договору страхування в частині відповідальності Страховика припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

13.8. Договір страхування у відношенні до Застрахованої особи, якій здійснювались страхові виплати, не припиняє чинності до кінця строку дії Договору страхування. При цьому, відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше

проведеними страховими виплатами. Якщо страхові виплати по Застрахованій особі склали 100 % страхової суми, дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою), Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. надання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором, Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

14.1.6. настання страхового випадку до дати початку страхування, або після дати кінця страхування, або протягом періоду очікування.

14.1.7. інші випадки, передбачені законом, правилами Страхування та цим Договором.

14.2. Страховик не відшкодовує вартість будь-яких медичних послуг, окрім придбання медикаментів-генериків та/або виробів медичного призначення.

14.3. Страховик не відшкодовує вартість наступних медикаментів, виробів медичного призначення та товарів:

14.3.1. які не призначені (рекомендовані) сімейним лікарем;;

14.3.2. у разі лікування медикаментами-генериками та/або виробами медичного призначення, які не передбачені Додатком № 1 для відповідного діагнозу;

14.3.3. придбаних за межами України та/або не зареєстрованих в Україні;

14.3.4.

14.3.5. у разі лікування всіх інших захворювань/станів/синдромів поза списком переліку діагнозів, що покриваються Програмою (Договором/Полісом), які зазначені в Додатку № 1 цього Договору;*

14.3.6. призначення яких здійснено поза мережею eHealth;

14.3.7. у разі лікування оригінальними препаратами, окрім випадків, коли в Україні відсутні зареєстровані медикаменти-генерики з відповідною діючою речовиною; наданих одній застрахованій особі за одним Страховим випадком понад строку лікування, зазначеного в Додатку № 1 до Договору страхування з дати першого звернення застрахованої особи за наданням медичних послуг за даним захворюванням.

14.3.8. у разі звернення однієї застрахованої особи за наданням медичних послуг протягом одного року за одним і тим же захворюванням понад кількості випадків, ніж передбачене обмеження Додатком № 1 до Договору страхування за даним захворюванням.

14.3.9. 2 (два) і більше аналогічних медичні препарати, що мають однакову дію, чи відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, для лікування одного захворювання (одна група препаратів);

14.3.10. медикаменти-генерики та /або матеріали медичного призначення, які призначені з профілактичною метою.

14.3.11. медичні препарати за страховими випадками, що відбулися в період очікування страхового випадку строком в 14 (чотирнадцять) календарних днів від дати початку дії Договору, а також від дати поновлення дії страхового покриття за Договором після сплати частини загального страхового платежу, якщо даті сплати такої частини платежу передували 3 (три) або більше послідовних несплачених періоди страхування, протягом якого страхове покриття за Договором не діяло;

14.3.12. медичні препарати за страховими випадками, які відбулися в несплачений період страхування;

14.3.13. 3-тє та наступні звернення за одним і тим же захворюванням впродовж строку дії Договору (впродовж 6 місяців з дати початку дії Договору, та впродовж 12 місяців з дати пролонгації Договору);

14.3.14. Лікування понад 14 днів (медичне призначення не може перевищувати дозування, яке передбачає прийом препаратів на 14 - денний календарний строк; у випадку продовження лікування, повинно бути оформлено нове медичне призначення);

14.4. Не можуть бути Застрахованими особи:

14.4.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

14.4.2. які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), злоякісні новоутворення;

14.4.3. психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

14.4.4. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.п.14.4.1 – п.14.4.3., до початку дії Договору страхування, Договір страхування вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи щодо якої існують зазначені обставини. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. До відносин сторін за аналогією застосовуються правові наслідки недійсності правочину (ст. 216 ЦК). Страховик не може посилається на вказані обставини як на підставу нечинності Договору в разі, якщо такі обставини сталися після початку дії Договору страхування, в тому числі під час неоплаченого періоду страхування, при пролонгації, тощо.

14.4.5. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі щодо такої ЗО у повному розмірі.

14.4.6. У разі встановлення Страховиком факту укладення Договору страхування стосовно особи, яка не може бути застрахованою, після набуття чинності Договором страхування та/або під час розгляду страхового випадку, Страховик відмовляє у виплаті страхового відшкодування у зв'язку з повідомленням неправдивих відомостей про предмет страхування, та достроково припиняє Договір страхування у зв'язку із порушенням Страхувальником умов Договору страхування на підставі порушення Страхувальником своїх обов'язків за Договором страхування.

14.4.7. усіх питань, не врегульованих цим Договором, сторони керуються Законом України "Про страхування" та Правилами страхування.

14.5. Інші умови за згодою сторін:

14.5.1. При укладанні Договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами за нижченаведеними зразками:

14.5.2. Страхувальник, підписуючи даний договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних та даних ЗО в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником та ЗО для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника та ЗО, для надання Страхувальнику та ЗО інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника та ЗО. Страхувальник та ЗО підтверджують своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою їх персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

14.5.3. Укладаючи Договір страхування, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику згоду на отримання всієї необхідної інформації в рамках розслідування причин, обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку, згоду на отримання персональних/медичних даних (включаючи відомості, що становлять лікарську таємницю), в тому числі на передачу особам, залученим Страховиком для виконання Договору.

14.5.4. Окремо Страхувальник та ЗО усвідомлюють та надають свою згоду на обробку інформації про Страхувальника (в тому числі персональних даних) за цим Договором у самостійно визначених Страховиком інформаційних (автоматизованих) системах, медичних інформаційних системах, аптечних інформаційних системах та їх агрегаторів, електронній системі "ЗаХист" з метою подальшого використання Страховиком таких даних для виконання зобов'язань згідно з цим Договором, а також для реалізації сторонами своїх прав та обов'язків за цим Договором. Обсяг даних Страхувальника, щодо яких Страховик має право здійснювати процес обробки, визначається Сторонами як будь-яка інформація про Страхувальника та умови цього Договору, що стала відома Страховику при встановленні та у ході відносин із Страхувальником, у тому числі від третіх осіб.

Пропозиція дійсна з «06_» грудня 2021 року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції.

**Голова Правління
Акціонерного товариства
«Страхова компанія «Країна»**



О. В. Наконечний