

Форма Пропозиції щодо укладання електронного договору та Електронного полісу

Пропозиція ТДВ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКТА» від 09.03.2023р.

щодо укладання електронного договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)
(продукт «Гроші на ліки»)

ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА

Дана пропозиція є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКТА», (код ЄДРПОУ – 42509958, надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти із Страховиком електронний договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика відповідно «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» № 0381327 від 24.07.2008 р. (із змінами та доповненнями) (надалі

– Правила страхування) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію», ст. 634 Цивільного кодексу України. Правила страхування розміщені на сайті: <https://ekta.insure/>

Адреса Страховика - 03150, м. Київ, вул. Ділова буд. 5, корпус 2, літера В1.

Контактний телефон Центру Страхування - 0 800 305 222

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.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

1.1 **Електронний договір страхування (Договір страхування)** - електронний договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (продукт «Гроші на ліки»).

1.2 **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.

1.3 **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.

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

1.5 **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.

1.6 **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.

1.7 **Пароль** – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Клієнта в ІТС.

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

1.9 **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхувану виплату.

1.10 **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, при настанні Страхового випадку зобов'язаний здійснити Страхувану виплату особі, визначеній Договором у якості одержувача Страхової виплати.

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

1.12 **Розлад здоров'я (захворювання)** – 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 або такі, що використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій та спрямовані на діагностику або лікування встановленого захворювання (за умови наявності Страхового випадку, згідно умов Договору) та передбачені Стандартами діагностики та лікування, Протоколами Міністерства охорони здоров'я України.

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

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

1.15 **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).

1.16 **Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.17 **Медична інформаційна система (МІС)** — інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній

формі.

1.18 **Верифікація** – комплекс заходів, спрямованих на встановлення відомостей щодо наявності та дійсності страхової угоди, розміру виплаченого (використаного) страхового відшкодування в межах встановленого страховою угодою (договором) ліміту.

1.19 **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору та вираховується при розрахунку розміру страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку.

1.20 **Період очікування** – період, що починається з дати початку дії Договору й триває певний проміжок часу. Страховик не здійснює страхову виплату по страхових випадках, що відбулись у цей період. Період очікування для страхових випадків, передбачених цим договором страхування, становить 14 календарних днів починаючи з дати набрання чинності Договору. Якщо Страхувальник здійснив пролонгацію Договору у визначений цим Договором строк, період очікування відсутній.

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1 Для укладення Договору страхування, Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку в мережі Інтернет за адресою <https://agent.insurs.online/>, або до ІТС, що використовується Страховиком для укладення 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, 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.

2.2 Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика: <https://ekta.insure/>.

2.3 Договір укладено в електронній формі на підставі Публічної частини Договору Страховика та заповненої електронної заяви про укладення Договору страхування та підписано електронним підписом або аналогом власноручного підпису (цифровим власноручним підписом).

Електронним підписом вважається введення Страхувальником одноразового ідентифікатора (у формі алфавітно-цифрової послідовності), який надсилається на мобільний телефон Страхувальника після повного заповнення електронної заяви.

2.4 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 набрання Договором страхування законної сили, Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує підтвердження укладення Договору страхування (Поліс) та здійснення оплати страхового платежу у формі повідомлення разом з Електронним полісом на засіб електронного зв'язку.

Заповнення 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. Після здійснення акцепту, Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу. Договір страхування набирає законної сили у відповідності до умов передбачених даною Пропозицією. Після набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

2.5 Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування) з Додатками до Договору страхування, повний текст якої доступний на сайті Страховика: <https://ekta.insure/>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

2.6 Договір страхування може бути підписаний аналогом власноручного підпису (цифровим власноручним підписом). У такому разі Сторони надають згоду на підписання договору страхування аналогами власноручного підпису (цифровим власноручним підписом), оригінал підпису Страхувальника надано представнику Страховика (страховому агенту) раніше.

При укладанні та виконанні Договору страхування відповідно до умов Публічної частини цього Договору Страховик може використовувати відтворення підпису уповноважених осіб Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювального пристрою та відтворення відбитку печатки. На письмову вимогу Страхувальника Страховик/Страховий агент здійснює вручення Страхового поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

Страхувальник/Застрахована особа підтверджує та визнає, що: до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився із Публічною частиною Договору страхування, Правилами страхування та з усією необхідною інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика: <https://ekta.insure/>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору та надав дозвіл/згоду медичним працівникам на розкриття інформації Страховику щодо Застрахованої особи (відповідно до наданого нею погодження) та знімає з медичних працівників (лікарів) відповідальність за збереження лікарської таємниці.

2.7 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 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://ekta.insure/>, 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; укладання 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 укладання Договору страхування. Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу.

2.8 Факт укладення Договору страхування посвідчується страховим полісом (надалі - Поліс), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у Заяві про укладення Договору страхування і є індивідуальною частиною Договору.

2.9 Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами

комунікації Страховика. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатками до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

2.10 Сторони домовились, що відправка Поліса 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 на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

2.11 Сторони узгодили, що Поліс, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страховика згідно з умовами даної 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.

2.12 Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним договором страхування за перший сплачуємий період страхування здійснюється Страхувальником до отримання Полісу від Страховика. Після отримання страхового платежу, Страховик надсилає Поліс Страхувальнику по електронній пошті або іншими каналами комунікації.

3.

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1 Предметом договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям Застрахованої особи.

4.

СТРАХОВИЙ РИЗИК та СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1 **Страховими ризиками** за цим Договором є:

4.1.1 гостре захворювання;

4.1.2 загострення хронічного захворювання;

4.1.3 розлади здоров'я внаслідок нещасного випадку.

4.2 **Страховим випадком** є факт одержання медичних послуг Застрахованою особою (надалі – «ЗО») у період дії Договору в аптеці, а саме отримання ліків - генериків та/або матеріалів медичного призначення, які зареєстровані в Україні та призначені ЗО його сімейним лікарем відповідно до Протоколів Міністерства охорони здоров'я України у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком № 1 до Пропозиції «Перелік медичних препаратів та тривалість лікування за захворюваннями», що є невід'ємною частиною Договору.

5.

СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1 Договір діє 1 місяць. Договір може бути пролонгований за умови внесення Страхувальником Страхового платежу за наступний місяць. Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою сплати на поточний рахунок Страховика страхового платежу в розмірі та у строк, зазначені в Полісі, але не раніше 00.00 годин дати, зазначеної у Полісі, як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24.00 годин за Київським часом дати, що зазначена у Полісі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу.

5.2 За Договором, сплачуваний період страхування - 1 (один) місяць. Сплачений період починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення Договору. Якщо страховий платіж надійшов у діючому періоді страхування, то сплачений період починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення попереднього сплаченого періоду страхування.

5.3 Строк дії Договору може бути продовжений на наступний період (на 1 місяць) дії Договору, який визначається з 00 - 00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії Договору (періоду дії Договору), до дати в наступному календарному місяці, яка відповідає даті закінчення дії Договору в попередньому періоді, за умови відсутності заяв Сторін Договору про бажання припинити дію Договору відповідно умов Договору (Пропозиції) та надходження страхового платежу за наступний період дії Договору, на який продовжується його дія, на рахунок Страховика. Якщо дата закінчення дії Договору припадає на 29-е число календарного місяця, а відповідний календарний місяць в наступному році має менше ніж 29 днів, то датою закінчення дії пролонгованого періоду вказується 28-ме число відповідного календарного місяця в наступному році (відповідно). Кількість таких продовжень строку дії Договору не обмежена. Умови страхування на кожний наступний період дії Договору при автоматичному продовженні дії Договору застосовуються згідно з тією редакцією Пропозиції, яка діє на момент здійснення такого продовження дії Договору.

5.4 Страховий платіж за кожен наступний період дії Договору Страхувальник повинен сплачувати не пізніше дати початку періоду, на який автоматично продовжується дія Договору, у розмірі і порядку, що відповідає розміру і порядку сплати страхового платежу за попередній період (місяць) дії Договору.

5.5 Якщо страховий платіж за наступний період (місяць) дії Договору надходить пізніше дати початку відповідного періоду (місяця) дії Договору, то виникає період очікування, визначений п.1.21. даної Пропозиції.

5.6 У разі відсутності письмової заяви однієї із сторін про припинення або зміну умов Договору протягом 10 (десяти) календарних днів до закінчення строку дії Договору він вважається продовженим на той самий строк і на тих самих умовах, які були передбачені Договором, за умови сплати Страхувальником страхового платежу за наступний період страхування на умовах Договору.

5.7 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 1 (одного) місяця.

5.8 Період очікування - визначений в п.1.21. даної Пропозиції.

6. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

6.1 Сторони погодились, що розмір страхового тарифу, страхова сума, ліміт відповідальності Страховика за кожним страховим випадком, строк дії зазначаються в Полісі. страхова сума зазначається у електронній заяві при укладанні Договору страхування та у Полісі страхування.

За цим Договором страхова сума є агрегатною.

7.

ФРАНШИЗА

7.1 Франшиза за даним Договором страхування зазначається в Полісі.

8.

СТРАХОВИЙ ТАРИФ

8.1 Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи та вказується у Полісі страхування.

8.2 В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання

Договору, Договір страхування діє до дати закінчення сплаченого страхового періоду, в якому наступила вказана подія.

8.3 У разі відсутності сплати страхового платежу на дату досягнення Застрахованою особою зазначеного віку, договір страхування припиняється в день досягнення віку Застрахованою особою та пролонгований не може бути.

8.4 Після припинення дії договору страхування Страховальник має право укласти новий договір страхування із встановленням страхового тарифу та страхового платежу згідно своєї вікової категорії.

9.

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

9.1 Розмір страхового платежу залежить від віку Застрахованої особи та зазначається у Полісі страхування.

10.

ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

10.1 Страхові платежі здійснюються за реквізитами: рахунок UA 53 300119 00000 26502075502001 в АТ «Банк Альянс», МФО 300119 або на реквізити Страхового агента, з яким Страховик уклад відповідний Агентський договір.

10.2 Спосіб сплати: щомісячний регулярний платіж страхового платежу згідно умов даної Пропозиції з карткового рахунку Страховальника, через платіжні сервіси третіх сторін, в тому числі Страхового агента, якщо з ним укладений відповідний Агентський договір, або через каси банківських установ, платіжні термінали банківських/фінансових установ на розсуд Страховальника.

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

10.4 Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: “Оплата страхового платежу до договору № _____ БЕЗ ПДВ”.

10.5 У разі несплати або неповної сплати відповідної частини страхового платежу на перший (наступний) сплачений період страхування цей Договір не набуває сили (або припиняє свою дію) і ніякі страхові виплати за ним не здійснюються. 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.

11.

ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

11.1 Територія дії Договору страхування – Україна.

11.2 В будь-якому випадку дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права.

Пропозиція дійсна з “09” березня 2023 р.

Умови страхування по договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)

1. Права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

1.1. Страховик зобов'язаний:

1.1.1. Ознайомити Страховальника з умовами Договору та правилами страхування.

1.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати.

1.1.3. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

1.1.4. Тримати в таємниці відомості про Страховальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

1.1.5. Письмово повідомити Страховальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни.

1.2. Страховик має право:

1.2.1. Перевіряти інформацію, надану Страховальником при укладенні цього Договору.

1.2.2. У випадку підвищення ступеня страхового ризику, запропонувати Страховальнику внести зміни в Договір, включаючи умови збільшення розміру страхового платежу.

1.2.3. Вимагати від ЗО, для уточнення діагнозу ЗО, додаткові медичні документи, а також направити ЗО до Договірного медичного закладу Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

1.2.4. У разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини Страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів.

1.2.5. Протягом 3 (трьох) років з дня здійснення Страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України.

1.2.6. Відмовити у Страховій виплаті у випадках, передбачених Договором, Правилами страхування та законодавством, якщо діагноз та/або лікарські засоби, не передбачені Додатком №1 до цього Договору.

1.2.7. Достроково припинити дію Договору, згідно з його умовами.

1.2.8. Протягом дії Договору вносити зміни до Переліку фармакотерапевтичної групи препаратів, які рекомендовані Страховиком для лікування встановленого ЗО захворювання за даною Пропозицією.

1.2.9. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати трьох місяців.

1.2.10. 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.

1.2.11. Не здійснювати виплату страхового відшкодування з підстав, передбачених законодавством у сфері фінансового моніторингу.

1.2.12. 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.

1.2.13. Ініціювати внесення змін та припинення дії Договору страхування.

1.3. Страховальник має право:

1.3.1. Ознайомитись з умовами Договору та Правилами.

1.3.2. Одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором і Правилами.

- 1.3.3. У разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору.
- 1.3.4. За письмової згоди із Страховиком змінити Умови страхування, розмір страхової суми, ліміт страхових сум, а також внести інші зміни в цей Договір, уклавши додатковий договір до цього Договору.
- 1.3.5. Достроково припинити дію цього Договору відповідно до умов Договору та чинного законодавства України.
- 1.3.6. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.
- 1.3.7. Оскаржити у порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.
- 1.3.8. Отримати дублікат Договору. відмовитись від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дня набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику 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 одній все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають передбачені даним Договором страхування зобов'язання щодо предмету Договору страхування.

1.4. Застрахована особа зобов'язана:

- 1.4.1. Виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів медичних закладів, в частині, що стосується призначень медикаментів - генериків та/або матеріалів медичного призначення згідно умов Договору.
 - 1.4.2. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- #### **1.5. Застрахована особа(її законний представник) має право:**
- 1.5.1. Ознайомитись з умовами Договору та Правилами.
 - 1.5.2. У разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору.
 - 1.5.3. Оскаржити у порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

2. Порядок зміни і припинення дії Договору

- 2.1. Цей Договір припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
 - 2.1.1. закінчення строку його дії;
 - 2.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 2.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки;
 - 2.1.4. смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";
 - 2.1.5. прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним.
- 2.2. Дію цього Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

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. 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 40% від страхового платежу та 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 40% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором.

2.3. 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.

2.4. Пропозиції Страховика про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування в частині істотних умов Договору, здійснюються 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.

3. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

3.1. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа, за для отримання в аптеці медикаментів

- генериків та/або матеріалів медичного призначення, зобов'язана:
- звернутись до сімейного лікаря, з яким у ЗО підписана декларація. Якщо на момент настання страхового випадку ЗО не підписала декларацію з сімейним лікарем, то за для отримання в аптеці медикаментів - генериків та/або матеріалів медичного призначення, ЗО зобов'язана її підписати;
- надати сімейному лікарю інформацію про ПІБ, дату народження, номер договору страхування.

3.2. Сімейний лікар, на підставі проведеного медичного огляду (при необхідності, діагностичного/лабораторного обстеження), встановлює діагноз за кодом ІСРС 2 та/або ІСД 10 та призначає Застрахованій особі медикаменти, відповідно до Протоколів Міністерства охорони здоров'я України у межах переліку та обсягах, передбачених Додатком № 1 до Пропозиції «Перелік медичних препаратів та тривалість лікування за захворюваннями», що є невід'ємною частиною Договору.

3.3. Сімейний лікар проводить верифікацію Страхувальника шляхом заповнення в МІС номеру договору страхування та дати народження Страхувальника.

3.4. 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) 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.

3.5. У разі підтвердження верифікації Страхувальника - формується електронний рецепт згідно з клінічними Протоколами лікування, що є стандартними на території України, який містить діючі речовини відповідно до призначень.

3.6. Страховик здійснює перевірку відповідності відомостей щодо встановленого медичним працівником Страхувальнику діагнозу, до виписаної за електронним рецептом діючої речовини, відповідно до умов договору страхування.

3.7. Застрахована особа звертається до будь-якої аптеки, що знаходиться на території України, окрім тимчасово окупованих територій, та пред'являє працівнику аптеки електронний рецепт, виданий сімейним лікарем, та купує лікарські препарати. Після чого ЗО надсилає Страховику чеки щодо оплати лікарських препаратів.

3.8. В будь-якому випадку Медичне призначення ЗО не може перевищувати лімітів дозування, що вказані в додатку №1 до Договору. У випадку продовження лікування, повинно бути оформлено нове медичне призначення від сімейного лікаря. В будь-якому випадку призначення по одному й тому ж захворюванню не може бути більше ніж 2 рази на 1(один) календарний рік.

4. Порядок та умови здійснення страхових виплат

4.1. Страхова виплата, при настанні страхового випадку, здійснюється Страховиком згідно з Договором, на підставі електронної заяви Страхувальника (ЗО) та страхового акту.

4.2. Страхувальник має звернутись до Страховика, шляхом електронного звернення, звернення за допомогою мобільних засобів на офіційні номери Страховика та ін., та отримати детальну інформацію та інструкцію щодо створення та оформлення заяви Страхувальника (ЗО). Контакти страховика для звернення у разі настання страхового випадку зазначені у полісі.

4.3. Сторони домовились, що 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».

4.4. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення, наданих ЗО при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку, не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (зазначеного) в Договорі за мінусом передбаченої Договором франшизи.

4.5. Страховик має право затримати здійснення страхової виплати, якщо:

4.5.1. мають місце обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка претендує на отримання страхової виплати;

4.5.2. відповідними компетентними державними органами, за наявності заподіяння шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи, зазначеної в Договорі, в рамках досудового розслідування було притягнуто до кримінальної відповідальності Застраховану особу (члена її родини, посадову особу Страхувальника). Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після закриття відповідного кримінального провадження, направлення до суду обвинувального акта, набранням вироку суду законної сили тощо;

4.5.3. мають місце обґрунтовані сумніви з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті, – на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.

4.6. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичної вартості медикаментів-генериків та/або матеріалів медичного призначення для Застрахованої особи (відповідно до переліку та лімітів, передбачених у Додатку №1 договору страхування).

4.7. Після здійснення кожної страхової виплати, страхова сума для відповідної ЗО зменшується на суму такої виплати протягом 1 (одного) календарного року

4.8. Загальна сума страхових виплат, здійснених по кожному страховому випадку з однієї ЗО, передбаченому цим Договором, не може перевищувати загального розміру страхової суми, встановленої цим Договором для відповідної ЗО. Після здійснення страхової виплати, Договір страхування зберігає дію до кінця оплаченого періоду страхування, а наступна відповідальність Страховика зменшується на виплачену суму. Якщо страхові виплати по Застрахованій особі склали 100 % страхової суми, дія Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

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 за Договором, та раніше проведеними страховими виплатами.

4.9. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

5. Причини відмови у страховій виплаті

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

5.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), 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;

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

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

5.1.4. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

5.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;

5.1.6. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

5.1.7. настання страхового випадку поза межами дії Договору страхування або до дати початку страхування, або після дати кінця страхування;

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

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

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

5.3.1. 2 (два) і більше аналогічних медичні препарати, що мають однакову дію, чи відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, для лікування одного захворювання (одна група препаратів);

5.3.2. 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 якщо дата сплати страхового платежу за наступний період здійснені пізніше дати початку відповідного періоду (місяця) дії Договору і виник період очікування.

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

5.3.4. 3-тє та наступні звернення за одним і тим же захворюванням впродовж строку дії Договору (впродовж 1 (одного) календарного року);

5.3.5. 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);

5.3.6. лікування оригінальними препаратами, окрім випадків, коли в Україні відсутні зареєстровані медикаменти-генерики з відповідною діючою речовиною;

5.3.7. лікування всіх інших захворювань/станів/синдромів поза списком переліку діагнозів, що покриваються Договором, які не передбачені Додатком №1;

5.3.8. лікування медикаментами-генериками та/або витратами медичного призначення, які не передбачені Договором для відповідного діагнозу;

5.3.9. лікування, об'єм та дозування якого не відповідають інструкції медикамента-генерика та Протоколам, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України;

5.3.10. лікування медикаментами-генериками та /або матеріалами медичного призначення, які призначені з

профілактичною метою.

5.4. За цим договором не можуть бути Застрахованими особи:

- 5.4.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;
- 5.4.2. які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), злоякісні новоутворення;
- 5.4.3. психічнохворі; ВІЛ-інфіковані;
- 5.5. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.5.4.1. - 5.4.4. Умов Пропозиції, 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. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

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 зобов'язань за Договором страхування. З усіх питань, не врегульованих цим Договором, сторони керуються Законом України "Про страхування" та Правилами страхування.

6. Інші умови за згодою сторін:

6.1. Страхувальник, Застрахована особа підписуючи цей Договір страхування (Поліс), надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях здійснення прав та виконання зобов'язань за цим Договором, забезпечення реалізації податкових відносин, та відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору страхування, для організації поштових розсилок, розсилок СМС-повідомлень, розсилок комерційних повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору страхування, 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, Застрахована особа надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи

інших агентів Страховика, лікарських закладів, медичних установ тощо, 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.

Страхувальник, Застрахована особа надає право Страховику на отримання будь-якої інформації щодо стану свого здоров'я та будь-яких інших відомостей щодо нього від лікарських закладів, медичних установ тощо.

Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

6.2. Страхувальник усвідомлює та надає 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, з метою подальшого використання Страховиком таких даних для виконання зобов'язань згідно з цим Договором, а також для реалізації сторонами своїх прав та зобов'язань 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».

6.3. Підписанням цього Договору страхування одноразовим ідентифікатором Страхувальник підтверджує, що з інформацією, зазначеною в частині другій ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», ознайомлений; згоду застрахованої особи на страхування отримав.

6.4. Сторони погодили, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до Договору шляхом публікації нової редакції Пропозиції (Оферти) в мережі Internet на WEB сторінках Страховика за адресою <https://ekta.insure/>. У разі, якщо Страхувальник не погоджується із внесеними Страховиком змінами, він має право розірвати Договір в односторонньому порядку, відповідно до умов цього договору страхування.

6.5. Сторони погодили, що Страховик має право в односторонньому порядку припинити дію цього Договору після строку його дії (дванадцять місяців) у зв'язку з прийняттям рішення виходу з проекту «Гроші на ліки». Про це Страховик повідомляє шляхом публікації оголошення в мережі Internet на WEB сторінках Страховика за адресою <https://ekta.insure/>.

7. ДОДАТКАМИ ТА НЕВІД'ЄМНИМИ ЧАСТИНАМИ ДОГОВОРУ Є:

- 7.1. ДОДАТОК №1 «Перелік медичних препаратів та тривалість лікування за захворюваннями».

Підпис Страховика

Директор

Спажук В.В.

