

Редакція діє з 22 серпня 2025 року
та припиняє дію із введенням у дію нової редакції

ОФЕРТА (ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА)
Договору медичного страхування за Програмою
«Медичне страхування працівників ДП «Запорізьке машинобудівне КБ «Прогрес»

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Договору медичного страхування за Програмою «Медичне страхування працівників ДП «Запорізьке машинобудівне КБ «Прогрес» (далі – Оферта) підписана уповноваженим представником Страховика із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика за посиланням <https://askods.com/ua/documents>, розділ «Оферти. Публічний договір», і є офіційною публічною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО ДС» (ПрАТ «СК «АСКО ДС», надалі - Страховик), що адресується невизначеному колу клієнтів - дієздатних фізичних осіб, які є працівниками ДП «Запорізьке машинобудівне КБ «Прогрес» та/або членами їх родин (далі - Страхувальники), укласти зі Страховиком Договір медичного страхування за Програмою «Медичне страхування працівників ДП «Запорізьке машинобудівне КБ «Прогрес» (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання.

1.2. Договір страхування укладається за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування, згідно з Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», іншими нормативно-правовими актами, відповідно до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування», які затверджені Наказом Голови Правління ПрАТ «СК «АСКО ДС» S №34 від 18.08.2025, редакція діє з 22.08.2025, та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням https://askods.com/share/2025/zahalni_umovy_medychne_103_3_zmin1.pdf.

1.3. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитися з умовами страхування, інформацією про фінансову послугу, інформацією про Страховика, що розміщені на вебсайті Страховика в мережі Інтернет <https://askods.com/>.

1.4. Для укладення Договору страхування Страхувальник знайомиться з цією Офертою, обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, про Застрахованих осіб, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування, та має підтвердити надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

Договір страхування може бути укладено Страхувальником на свою користь, і тоді він одночасно є Застрахованою особою; або на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою. Застрахована особа може набути прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування

1.5. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Договір медичного страхування (Індивідуальна частина) за Програмою «Медичне страхування працівників ДП «Запорізьке машинобудівне КБ «Прогрес» (далі – Індивідуальна частина Договору), який містить індивідуальні умови Договору страхування. Направленням Страхувальнику Індивідуальної частини Договору Страховик вважає себе зобов'язаним, якщо Страхувальник прийме пропозицію укласти Договір страхування шляхом підписання ним Індивідуальної частини Договору.

1.6. Для підписання Страхувальником Індивідуальної частини Договору Страхувальнику надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону та/або електронну адресу, який Страхувальник вводить у спеціально передбаченому місці на вебсторінці в мережі Інтернет та підтверджує його введення. В результаті цього електронний підпис одноразовим ідентифікатором Страхувальника додається до Індивідуальної частини Договору;

1.7. Після підписання Індивідуальної частини Договору Страхувальником, цю Індивідуальну частину Договору підписує Страховик із застосуванням КЕП уповноваженої особи.

1.8. Договір страхування вважається укладеним з моменту підписання Індивідуальної частини Договору Сторонами.

1.9. Індивідуальна частина Договору містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, дату укладання, об'єкт страхування, строк дії Договору, інформацію про Застрахованих осіб та інші індивідуальні умови Договору страхування.

1.10. На вказану Страхувальником адресу електронної пошти (або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником) надсилається Індивідуальна частина Договору у форматі .pdf, підписана

Сторонами, та Оферта у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, які разом містять істотні умови договору страхування згідно з законодавством України та підтверджують укладання Договору у формі електронного документа.

1.11. Якщо Індивідуальна частина Договору укладена Сторонами у паперовій формі, примірник Індивідуальної частини Договору надається Страхувальнику одразу після її підписання Сторонами. Оферта у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, надсилається Страхувальнику на вказану ним адресу електронної пошти або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником.

1.12. Договір страхування складається з цієї Оферти та Індивідуальної частини Договору, що є невід'ємними частинами Договору.

1.13. Підписанням Індивідуальної частини Договору Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору Страховик (страховий посередник) виконав вимоги п.2 ст. 85 Закону України «Про страхування» (далі - Закон) щодо з'ясування потреб та вимог Страхувальника у страхуванні, забезпечив Страхувальника необхідною, повною, доступною та достовірною, вичерпною інформацією про страховий продукт в обсязі, передбаченому ст. 86 Закону <https://askods.com/ua/korporativnoe-meditsinskoe-strahovanie>, про Страховика – в обсязі, передбаченому ст. 87 Закону https://askods.com/share/2025/inf_pro_strakhovyka.pdf, про страхового посередника (за його наявності) – в обсязі, передбаченому ст. 88 Закону, надав всю інформацію, передбачену ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» https://askods.com/share/2025/inf-ya_zhidno_zi_st.7_zu_pro_fin_posluhy_3.pdf, у спосіб, що не ускладнює розуміння суті фінансової послуги, її істотних умов та не створює враження, що клієнт не має права відмовитися від отримання фінансової послуги, без нав'язування її придбання.

1.14. Підписанням Індивідуальної частини Договору Страхувальник підтверджує, що ознайомив Застраховану (их) особу (іб) з умовами Договору та отримав її (їх) згоду на страхування до моменту укладення Договору, порядок абз. 2 частини 2 статті 90 Закону України «Про страхування» не застосовується.

1.15. Укладаючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що:

- з Загальними умовами страхового продукту «Медичне страхування» https://askods.com/share/2025/zahalni_umovy_medychne_103_3_zmin1.pdf, умовами Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Медичне страхування» за Програмою «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДП «ЗАПОРІЗЬКЕ МАШИНОБУДІВНЕ КБ «ПРОГРЕС» ім. Ак. О.Г. ІВЧЕНКА» https://askods.com/share/2025/id_medychne_103_5.pdf, а також умовами цієї Публічної частини та Індивідуальної частини Договору ознайомлений, вони йому повністю зрозумілі, він приймає їх та погоджується з ними;

- з тарифами Страховика ознайомлений і згодний;

- волевиявлення Страхувальника є повним та безумовним погодженням (акцептом) умов цієї публічної частини Договору;

- вибір Страхувальника є його суб'єктивним правом і не залежить від будь-яких зовнішніх чинників;

- попереджений про правові наслідки свідомого повідомлення Страховику неправдивих відомостей про предмет Договору страхування та інформації, пов'язаної з ним, та ознайомлений і усвідомлює щодо можливого застосування Страховиком права відмови у страховій виплаті;

- підтверджує свій обов'язок повідомити Застраховану(их) особу(іб) про факт укладання Договору;

- підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та передає Страховику згоду на звернення Страховика із запитом до закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів та інших компетентних установ, що можуть роз'яснити з приводу обставин настання страхового випадку, в тому числі інформацію щодо стану здоров'я Застрахованої особи та отриману медичну допомогу, а також згоду на отримання Страховиком діагнозів, історій хвороби Застрахованої особи та іншої інформації, що становить лікарську таємницю та використання отриманої інформації згідно з умовами Договору страхування;

- отримав повну та компетентну інформацію щодо правових наслідків та порядку здійснення розрахунків у разі дострокового припинення дії Договору страхування, щодо механізму захисту Страховиком прав споживачів, щодо порядку сплати податків і зборів за рахунок фізичних осіб в результаті отримання фінансової послуги, а також щодо порядку врегулювання спірних питань, які виникають між Сторонами у процесі надання фінансової послуги;

- Страхувальнику повідомлені реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону, тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів;

- Страхувальника повідомлено та він ознайомлений з інформацією про порядок обробки його персональних даних Страховиком та про те, що його персональні дані можуть бути передані Страховиком третім особам;

- Страхувальник надає свою згоду на отримання від Страховика, компаній-партнерів або компаній-агентів Страховика повідомлень і матеріалів інформаційного рекламного змісту за допомогою звичайних поштових відправлень та листів-звернень, електронних засобів зв'язку, SMS-повідомлень або телефонних дзвінків.

1.16. У всьому іншому, що не викладено і не врегульоване умовами даної Оферти, Сторони керуються Загальними умовами та законодавством України.

1.17. Всі зміни до даної Оферти здійснюються шляхом публікації нової редакції Оферти на веб-сайті Страховика <https://askods.com/ua/documents>

1.18. Договори страхування, які були укладені на підставі Оферти до набрання чинності внесених змін, залишаються без змін та діють на умовах, які були діючими на момент укладення Договору страхування.

1.19. У випадку припинення дії цієї Оферти, Страховик не звільняється від обов'язків за Договорами страхування, які були укладені на підставі даної Оферти.

1.20. Підписанням Договору страхування Сторони погодили, що у разі зміни страхового посередника під час дії Договору страхування Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з відповідного моменту надсилає Лист з даними нового страхового посередника відповідно до вимог чинного законодавства на електронну адресу Страхувальника, вказану у Договорі страхування без укладання додаткової угоди до Договору.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ

2.1. На страхування приймаються наступні ризики:

2.1.1. Гостре захворювання;

2.1.2. Загострення хронічного захворювання;

2.1.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

2.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.1.1.- 2.1.3. цієї Оферти, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором згідно з обраним Страхувальником Варіантом Програми страхування, або шляхом оплати їх вартості.

3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. За Договором страхування не можуть бути застраховані особи віком до 18 років.

3.2. У разі, якщо при укладенні Договору Страхувальник надав недостовірні відомості про об'єкт страхування, і виявляться обставини, за якими Застрахована особа підпадає під дію пункту 3.1. цієї Оферти, Договір підлягає розірванню щодо такої Застрахованої особи відповідно до умов п. 5.8. цієї Оферти.

3.3. Не визнається страховим випадком:

3.3.1. подія, що відбулась внаслідок вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, у яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину або хуліганства, що спричинили адміністративну та (або) кримінальну відповідальність та призвели до настання страхового випадку;

3.3.2. подія, що відбулась внаслідок навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень, незалежно від її психічного стану;

3.3.3. захворювання та травми, що стали наслідком вживання алкоголю або наркотичних засобів, в тому числі водіння автотранспортних засобів в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;

3.3.4. захворювання, що є наслідком замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

3.3.5. навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних з виконанням 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 законодавства України;

3.3.6. діяння (дія чи бездіяльність, в тому числі свідоме затягування в часі звертання Застрахованої особи за наданням медико-санітарної допомоги (надалі-МСД) (більше 6 (шести) годин з моменту виявлення перших симптомів захворювання, отруєння чи травми), що призвело при наявності у такої Застрахованої особи хронічного захворювання до його загострення або до погіршення стану протікання вперше виявленого захворювання, внаслідок чого виникла загроза її життю, що значно ускладнило процес лікування та/або призвело до збільшення строку лікування;

3.3.7. погіршення стану здоров'я Застрахованої особи в разі невиконання призначень медичного персоналу та порушення лікувального режиму;

3.3.8. випадок, що стався внаслідок надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору (у випадку наявності причинно-наслідкового зв'язку зі страховим випадком);

3.3.9. захворювання та стани внаслідок впливу ядерної енергії;

3.3.10. подія, що сталася у результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів;

3.3.11. захворювання та стани, що є наслідками участі Застрахованої особи у громадських заворушеннях, революціях, заколотах, повстаннях, страйках, путчах, терористичних актах;

3.3.12. захворювання (травми, пошкодження), що є наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях, а також наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту;

3.3.13. подія, що виникла в неоплачений період страхування, поза межами періоду дії Договору або поза місцем дії Договору.

3.4. Страховик не відшкодовує вартість:

3.4.1. витрат на благодійні внески, внески в інші страхові компанії та інші організації, що не надають МСД (в т.ч. внески до лікарняних кас);

3.4.2. витрат на контрацептиви, харчові добавки, БАДи, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Вігор тощо), ензими (ферменти) загальної дії (вобензим, флогензим, тощо), препаратів довготривалого або постійного системного прийому поза періодом листка тимчасової непрацездатності (гіпотензивні, протиподагричні, гіпоглікемічні, гіполіпідемічні (стати́ни) тощо), ВАП-20, біостимулятори, в тому числі Айлія, косметичні засоби, придбання загальноукріплюючих препаратів (вакцини, полівітаміни, імунomodulatory) та препаратів/обстежень не за основним захворюванням, пробіотики, засобів гігієни, дитячого харчування, гомеопатичних ліків, дезинфікуючих засобів; забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спайсерами, небулами тощо, також препаратів з переліку державної програми по реімбурсації;

3.4.3. придбання препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг гормону (золадекс, диферелін тощо), метилпреднізолону (солу-медрол) та замісної терапії, у т.ч. при патологічному клімаксі, синдромі виснажених яєчників, цукровому діабеті, інших захворюваннях ендокринної системи тощо;

3.4.4. придбання хондропротекторів, гепатопротекторів;

3.4.5. МСД, не передбаченої Договором; МСД не за основним діагнозом, визначеним в медичній документації;

3.4.6. допоміжних засобів догляду та товарів медичного призначення (сечо- та калоприймачі, пробірки, вакутайнери, підгузки/пелюшки, одноразовий одяг (халати, маски, бахіли), простиралла, операційні покриття тощо);

3.4.7. медичного устаткування, обладнання, техніки, інструментарію для проведення оперативного втручання, пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених та/або втрачених органів (контактні лінзи, слухові апарати, протези, штучні водії ритму, кришталіки (ІОЛ), стенти, шунти, імпланти, конструкції для металоостеосинтезу тощо);

3.4.8. придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних візків, комірців Шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо);

3.4.9. витрат на придбання медикаментів не призначених лікарем та (або) понесених Застрахованою особою за власним бажанням та не пов'язаних зі страховим випадком (в тому числі медикаменти, рекомендовані до приймання після виписки із медичного закладу) та при отриманні платної МСД (огляди та консультації лікарів, лабораторні та діагностичні дослідження, тощо); витрат на проведення високоартісних методів обстеження (КТ, МРТ, УЗДГ тощо), якщо вони не були попередньо узгоджені зі Страховиком, але не більш одного разу на страховий рік одного анатомічного відділу по основному діагнозу;

3.4.10. обстеження та лікування у цілителів, при застосуванні методів нетрадиційної медицини та/або альтернативної медицини (голкорефлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія тощо) та лікування методами, що мають експериментальну або дослідницьку мету, в тому числі препаратами, що проходять апробацію;

3.4.11. витрат, що були понесені Застрахованою особою не в період дії листка непрацездатності;

3.4.12. медикаментів та виробів медичного призначення, придбаних поза територією дії Договору, в тому числі не зареєстрованих в Україні.

3.5. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

3.5.1. хронічними захворюваннями в стадії ремісії, захворюваннями, курс лікування яких був розпочатий до моменту набуття чинності Договором, та захворювання, на які Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору, крім станів їх загострення, при яких виникла загроза життю та здоров'ю Застрахованої особи;

3.5.2. злоякісними новоутвореннями, в тому числі захворюваннями онкогематологічної природи; цукровим діабетом, його наслідками та ускладненнями; туберкульозом та його ускладненнями до моменту встановлення діагнозу;

3.5.3. цирозом печінки та інфекційними гепатитами (за винятком гострої форми гепатиту А та Е);

3.5.4. вродженими вадами розвитку та спадковими хворобами, пов'язаними з хромосомними порушеннями;

3.5.5. віковими та дегенеративно-дистрофічними змінами і захворюваннями та їх ускладненнями за виключенням зняття стійкого больового синдрому до 3 (трьох) днів;

- 3.5.6. перериванням вагітності без медичних показань, ведення вагітності;
- 3.5.7. діагностикою та лікуванням сексуальних дисфункцій, безпліддя;
- 3.5.8. проведенням діагностики та лікуванням захворювань, що відносяться до ВІЛ і є синдромом набутого імунodefіциту (СНІД), у тому числі хвороби human T-cell lymphatropik virus type (HTLV) або lymphadenopathy associated virus (LAV) і (або) захворюваннями, які є мутацією чи варіацією СНІДу чи будь-якого іншого синдрому з відповідним найменуванням;
- 3.5.9. діагностикою, призначенням схем лікування та безпосередньо лікуванням класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз тощо), інфекцій, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів, а також інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, а саме (гاردнерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломо вірусна інфекція, трихомоніаз, уріоплазмоз, хламідіоз тощо); ToRCH-інфекції поза загостренням (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес тощо), вірус Епштейн-Барра;
- 3.5.10. пластичними та (або) реконструктивними оперативними втручаннями (включаючи планову герніопластику, ринопластику, септопластику) та косметичними послугами (в тому числі лікування ожиріння), крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями;
- 3.5.11. трансплантацією органів та тканин, замороженням та пересадкою живих клітин, в тому числі при виконанні штучного запліднення, пересадкою кісткового мозку; всіма видами протезування; корекцією зору;
- 3.5.12. психічними захворюваннями, психопатією, неврозами, астено-депресивними станами, синдромом хронічної втоми, епілепсією та/або епілептичним синдромом, порушенням мови;
- 3.5.13. психічними розладами та їх ускладненнями;
- 3.5.14. гіпертонічною хворобою, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах;
- 3.5.15. дерматологічними захворюваннями (всі види вірусу герпесу, крім гострої фази оперізуючого лишая, оніхомікоз та інші види грибкових захворювань, себорея будь-якого типу, екзема, псоріаз, atopічний дерматит, alopecія, короста, вугрова хвороба, ветіліго, демодекоз, педикюльоз., розацеа тощо);
- 3.5.16. демієлінізуючими захворюваннями, дегенеративними захворюваннями нервової системи (розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системними ураженнями сполучної тканини/аутоімунними захворюваннями (системний червоний вовчак, дерматоміозит, системна склеродермія, ревматоїдний артрит, тиреоїдит);
- 3.5.17. саркоїдозом, муковісцидозом, ідеопатичною фіброзуючою альвеолітою, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;
- 3.5.18. лікуванням алкогольної та наркотичної залежності та діями Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що призвели до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи;
- 3.5.19. отруєннями та захворюваннями, які є наслідками отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами, або медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою самогубства або у стані сп'яніння, а також алкоголем та його сурогатами (спирти, технічні рідини, що містять спирт, розчинники, кислоти тощо (за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами);
- 3.5.20. захворюваннями, що пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів та особливо небезпечними інфекціями (чума, холера, натуральна віспа, сибірська виразка, геморагічні лихоманки тощо);
- 3.5.21. хронічною нирковою та печінковою недостатністю, що вимагає екстракорпоральної детоксикації;
- 3.5.22. профзахворюваннями, відповідно до висновку науково-дослідного інституту професійної патології;
- 3.5.23. захворюваннями, з приводу яких була встановлена інвалідність до початку дії Договору, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи.
- 3.6. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо мали місце:
- 3.6.1. санаторно-курортне лікування, реабілітаційна терапія, в тому числі після виписки із стаціонару;
- 3.6.2. медичні стани та захворювання, які за медичними показниками не потребували стаціонарної допомоги (можливе амбулаторне лікування);
- 3.6.3. невиконання або порушення вказівок Страховика;
- 3.6.4. подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про стан свого здоров'я або про факт настання страхового випадку;
- 3.6.5. несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою Страховику про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру витрат та/або несвоєчасне (відповідно до умов Договору) подання документів на страхову виплату.

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Строк дії Договору зазначається Сторонами в п.1.7. Індивідуальної частини Договору.

4.2. Страхове покриття за Договором починає діяти з 00 годин 00 хвилин 01 числа календарного місяця, наступного після дати сплати страхової премії в обсязі та строки, встановлені п.п. 1.5. та 1.6. Індивідуальної частини Договору, але не раніше, ніж зазначено у Договорі як дата початку його дії, та припиняється о 24 годині дня, зазначеного в п. 1.7. Індивідуальної частини Договору як дата його закінчення.

4.3. Страховий захист діє протягом усього строку дії Договору, окрім випадків зупинення дії страхового покриття через несплату Страхувальником чергової частини страхової премії (при сплаті Страхувальником страхової премії частинами) в обсязі та строки, встановлені в п.п. 1.5. та 1.6. Індивідуальної частини Договору:

4.3.1. якщо друга чи наступна частини страхової премії в повному обсязі не надійшла (и) в строки, визначені в п. 1.6. Індивідуальної частини Договору як строк сплати частини страхової премії, дія страхового покриття за Договором страхування (зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату в разі настання страхового випадку) зупиняється після завершення 24 години (за київським часом) дня, до якого Страхувальник має сплатити частину страхової премії згідно з умовами п.1.6. Індивідуальної частини Договору;

4.3.2. у разі сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії страхове покриття поновлює дію з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.

4.4. З моменту зупинення дії страхового покриття та до моменту відновлення дії страхового покриття, згідно з п.п. 4.3.1. – 4.3.2. Оферти, страховий захист за Договором не діє, і Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за подіями, що сталися у період зупинення дії страхового покриття за Договором. При цьому строк дії Договору, зазначений в п. 1.7. Індивідуальної частини Договору, не змінюється.

4.5. Договір діє на території України. Дія Договору не поширюється на території, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, на території, на яких ведуться або велися на момент події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок, бойові дії, а також на територіях, що розташовані на лінії бойового зіткнення та розмежування. Правовий статус і перелік таких територій визначається законодавством України.

5. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється Сторонами та оформлюється Додатковою угодою, яка є невід'ємною складовою частиною Договору страхування.

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

- 1) закінчення строку дії Договору;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем у повному обсязі;
- 3) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 4) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
- 5) в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

5.3.1. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

5.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п. 1.8. Індивідуальної частини Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.3.3. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

5.3.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

5.3.5. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п. 1.8. Індивідуальної частини Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.4. Повернення сплаченої страхової премії або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Договору, здійснюється Страховиком протягом 15

(п'ятнадцяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін.

5.13. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

6. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Страхова сума, розмір якої визначається відповідно до обраного Страхувальником Варіанту Програми страхування під час укладення Договору страхування, зазначається в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору.

6.2. Ліміти відповідальності та розмір безумовної франшизи (у разі застосування) визначаються за Договором відповідно до обраного Страхувальником Варіанту Програми страхування, зазначеного в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору.

6.3. В межах строку дії Договору встановлений строк страхового покриття, який починається після закінчення строку часової франшизи, визначеної у відповідному Варіанті Програми страхування.

6.4. Страховий тариф, розмір страхової премії, яку має сплатити Страхувальник, зазначається в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору згідно з обраним Страхувальником Варіантом Програми страхування.

6.5. Страхувальник може обрати наступний спосіб сплати страхової премії:

6.5.1. річна страхова премія сплачується на поточний рахунок Страховика одноразовим платежем в день укладання Договору або

6.5.2. річна страхова премія сплачується щомісячним регулярним платежем у розмірі 1/12 розміру страхової премії, зазначеної в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору. При цьому перша частина річної страхової премії сплачується Страхувальником у день укладання Договору, а інші частини страхової премії сплачуються Страхувальником до 01 числа кожного календарного місяця дії Договору.

6.6. Порядок і строки сплати страхової премії зазначаються в п. 1.6. Індивідуальної частини Договору.

6.7. Якщо Страхувальник обрав спосіб сплати страхової премії щомісячним регулярним платежем відповідно до пункту 1.6. Індивідуальної частини Договору і не сплатив (або сплатив не повному розмірі) чергову частину страхової премії за Договором, Страховик не несе зобов'язань по здійсненню страхових виплат по страховим випадкам за Договором з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем зазначеним в Договорі як дата сплати будь-якої частини страхової премії. Зобов'язання Страховика по здійсненню страхових виплат за Договором поновлюються з 00 годин 00 хвилин дня наступного після дати сплати Страхувальником страхової премії (чергової частини страхової премії) за Договором, при цьому строк дії Договору не продовжується.

6.8. Датою сплати страхової премії (чергової частини страхової премії) вважається дата надходження грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

7.1.1. до укладання Договору отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору, інформацію про Страховика та іншу інформацію, визначену законодавством України;

7.1.2. при настанні страхового випадку отримати страхову виплату в порядку та на умовах, передбачених Договором;

7.1.3. призначити Вигодонабувача, а також змінити його до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору;

7.1.4. отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору;

7.1.5. припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором;

7.1.6. реалізовувати інші права, передбачені Загальними умовами, Договором та законодавством України.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. перед укладенням Договору поінформувати Страховика про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії;

7.2.2. повідомити Страховика про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, в тому числі у Вигодонабувача (у разі призначення);

7.2.3. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

7.2.4. ознайомити Вигодонабувача (у разі призначення) з умовами Договору (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у страховій виплаті);

7.2.5. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором;

7.2.6. виконувати рекомендації Страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику;

7.2.7. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

7.2.8. виконувати інструкції Страховика, компетентних органів або їх уповноважених представників та надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

7.2.9. надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків;

7.2.10. надати Страховику можливість розслідувати причини та обставини страхового випадку;

7.2.11. повідомити Застраховану особу за Договором про укладений на її користь Договір страхування;

7.2.12. виконувати інші обов'язки, встановлені Загальними умовами, Договором страхування та законодавством України.

7.3. Страховик має право:

7.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем, а також виконання ним(и) вимог та умов Договору;

7.3.2. з'ясовувати причини, обставини і наслідки страхового випадку, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

7.3.3. здійснювати запис телефонних розмов, що стосується подій, які мають ознаки страхового випадку;

7.3.4. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором та законодавством України;

7.3.5. достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором;

7.3.6. реалізовувати інші права, передбачені Загальними умовами, Договором та законодавством України.

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та про Страховика у обсязі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору або про відмову від укладання Договору;

7.4.2. встановити факт, причини та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором;

7.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору.

7.4.4. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника або Вигодонабувача у строки, визначені Договором, з обґрунтуванням причин відмови;

7.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника/ Застраховану особу/ Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

7.4.6. виконувати інші обов'язки, встановлені Загальними умовами, Договором та законодавством України.

8. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження, відразу після настання страхового випадку, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо)), повідомити Страховика про настання страхового випадку – звернутися до Страховика за телефоном, зазначеним у Договорі та отримати інформацію щодо подальших дій.

Телефон для звернення при настанні страхового випадку: **+38 050 450 15 60, 0800 50 15.**

8.2. При зверненні до Страховика, Застрахованій особі необхідно надати лікарю-координатору наступну інформацію:

- прізвище, ім'я, по батькові;
- номер Договору;
- причину звернення;
- контактний телефон, адресу місцезнаходження.

8.3. У випадку необхідності отримання Застрахованою особою МСД (крім послуг невідкладної медичної допомоги), Застрахована особа звертається до медичного закладу, попередньо узгодженого із Страховиком.

8.4. МСД (крім послуг невідкладної медичної допомоги) Застрахованій особі надається медичними закладами за умови повідомлення медичному закладу Застрахованою особою номеру Договору та пред'явлення документу, що посвідчує особу.

8.5. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це Страховика неможливо до початку її отримання, таке повідомлення здійснюється відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

9. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ВИТРАТ

9.1. Факт настання страхового випадку підтверджується:

- медичним закладом (крім фармацевтичного (аптечного) закладу), в якому лікувалася та обстежувалася Застрахована особа, шляхом оформлення первинно-реєстраційної картки Застрахованої особи, акту про надану МСД по закінченні страховим випадком, рахунку (за потреби) та довідки із зазначенням діагнозу (згідно з МКХ-10), періоду лікування, вартості лікування з переліком наданої МСД;
- фармацевтичним (аптечним) закладом – реєстру, рецепта або вимоги, на підставі яких фармацевтичний (аптечний) заклад видав медикаменти Застрахованій особі, що засвідчені підписом Застрахованої особи про отримання медикаменту, а також рахунку фармацевтичного (аптечного) закладу.

Вказані вище документи повинні бути обов'язково завірені печаткою виробника (надавача) МСД.

9.2. Оплата вартості МСД виробника (надавача) МСД здійснюється у відповідності до договорів, укладених між Страховиком та виробником (надавачем) МСД.

9.3. У випадках, коли Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги відповідно до умов Договору страхування, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі (або Вигодонабувачу).

9.4. Застрахована особа повинна не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дати виписки з медичного закладу надати Страховику оригінали або належним чином завірені копії наступних документів:

9.4.1. оригінал заяви про страхову виплату (форма заяви встановлюється Страховиком);

9.4.2. копію листка тимчасової непрацездатності (інформацію з е-лікарняного);

9.4.3. оригінал (або за погодженням із Страховиком належним чином завірену копію) довідки медичного закладу (виписка з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначенням діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до медичного закладу, переліком наданих МСД із зазначенням їх вартості та призначених в зв'язку з даним захворюванням МСД та медикаментів, завірену підписом лікаря, печаткою лікаря та медичного закладу; оригінали рахунків та/або накладних, товарних чеків, у яких зазначений перелік, кількість та вартість придбаних медикаментів, виробів медичного призначення, МСД (у випадку придбання медикаментів, виробів медичного призначення, МСД необхідно додати копію ліцензії на право здійснення такого виду діяльності);

9.4.4. копію листка спостереження відділення реанімації та інтенсивної терапії або палати інтенсивної терапії (за умови перебування в таких);

9.4.5. оригінал довідки про екстрену госпіталізацію (при потребі) завірену печаткою медичного закладу;

9.4.6. оригінал листка призначень лікаря (за потреби), завірений печаткою медичного закладу;

9.4.7. копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номеру) Застрахованої особи;

9.4.8. копії паспорта громадянина України у формі книжечки (усі сторінки з відмітками) або ксерокопії паспорта громадянина України у формі пластикової картки з обох сторін (ID-картки) особи, що отримує страхову виплату;

9.4.9. оригінали документів, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення – документів, що підтверджують понесені витрати (касовий (фіскальний) чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) за період лікування. У випадку придбання медикаментів / виробів медичного призначення в надавачів МСД, що належать фізичним особам-підприємцям, необхідно додати копію ліцензії на право здійснення даного виду діяльності, копію Витягу з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, копії свідоцтва платника податків/витягу з реєстру платників єдиного податку;

9.4.10. у випадку отримання страхової виплати спадкоємцем, додатково надаються: копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ про правонаступництво – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із

зазначенням частки страхових виплат; копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номеру) спадкоємця; копію паспорту спадкоємця;

9.4.11. у передбачених законом випадках та за запитом Страховика Страхувальник/ Застрахована особа (або Вигодонабувач) зобов'язані надати документи, передбачені законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення;

9.4.12. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, обставин та/або наслідків страхового випадку.

9.5. Зобов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Застраховану особу (або Вигодонабувача).

9.5. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірених копій. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.

9.6. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. Страхова виплата визначається виходячи з розміру фактичних витрат на медико-санітарну та іншу допомогу Застрахованій особі, попередньо погоджених зі Страховиком, на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість, відповідно до розділу 9 цієї Оферти.

10.2. Розмір страхової виплати не може перевищувати страхову суму та ліміти по окремим видам медичної допомоги, медичних та інших послуг, встановлених Варіантом Програми за Договором страхування для Застрахованої особи.

10.3. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування щодо такої Застрахованої особи.

10.4. У випадку, якщо за одним страховим випадком подаються документи на відшкодування витрат і виробника (надавача) МСД і Застрахованої особи, Страховик спочатку на підставі необхідних документів виробника (надавача) МСД приймає рішення про оплату вартості МСД, а після цього, на підставі заяви та документів Застрахованої особи, приймає рішення про відшкодування витрат Застрахованої особи в сумі в межах залишку ліміту відповідальності по цьому страховому випадку.

10.5. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, відкрито кримінальне провадження або розпочато судовий процес, рішення Страховика про страхову виплату може бути відкладено до закінчення розслідування та судового розгляду.

10.6. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно наданих Застрахованою особою документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств, установ, які володіють необхідною інформацією, але не більше, ніж на 90 календарних днів з дати отримання останнього документу від Застрахованої особи.

10.7. Страховик у строк не більше 10 (десяти) робочих днів від дня одержання всіх документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, приймає рішення про страхову виплату (або відмову у страховій виплаті).

10.8. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про виплату.

10.9. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення повідомляє про це Застраховану особу письмово з обґрунтуванням причин відмови.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

11.1.1. навмисні дії Страхувальника/ Застрахованої особи/ Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями);

11.1.2. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

11.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

11.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших зобов'язань, визначених Договором страхування, Оферта/ Медичне страхування працівників ДП КБ «Прогрес»_2025

якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;

11.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;

11.1.6. інші підстави, визначені законодавством України.

12. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

12.1. Сторони несуть відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору згідно з законодавством України.

12.2. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором, якщо надання послуги поставить Страховика під загрозу застосування будь-яких санкцій, заборон чи обмежень Організації Об'єднаних Націй або торгових чи економічних санкцій, закону і правил Європейського Союзу, Сполученого Королівства та Сполучених Штатів Америки.

12.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла за період прострочення.

12.4. Сторони Договору можуть бути звільнені від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за Договором страхування, якщо воно стало наслідком обставин непереборної сили (далі – форс-мажорні обставини). Під форс-мажорними обставинами розуміються зовнішні та надзвичайні події, які описуються сукупністю таких умов:

- вони виникли незалежно від волі Сторін Договору і при цьому їх настанню та подальшій дії Сторони Договору не мали змоги протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, які могли бути застосовані до конкретних проявів форс-мажорних обставин;

- часткове або повне невиконання будь-якою із Сторін Договору зобов'язань за Договором страхування є прямим наслідком дії форс-мажорних обставин.

При настанні форс-мажорних обставин строк виконання зобов'язань Сторін за Договором збільшується на час дії таких обставин. Сторона, для якої настала неможливість виконання зобов'язань через дію форс-мажорних обставин, повинна відразу, але не пізніше 7 (семи) календарних днів з моменту їх настання, в письмовій формі повідомити іншу Сторону про такі обставини, можливий строк їх дії та закінчення вищевказаних обставин.

Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання форс-мажорних обставин не дає в подальшому права Стороні Договору, на яку вплинули ці обставини, посилаючись на них як на підставу для звільнення від відповідальності за невиконання умов Договору.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

13.1. Спори за Договором між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

Додаток: Програма «Медичне страхування працівників ДП «Запорізьке машинобудівне КБ «Прогрес».

ПрАТ «СК «АСКО ДС»

вул. Новокосятинівська, 1в, 4 поверх, м. Київ, 04080, Україна

Контакт-центр (цілодобово): +38 050 450 15 60, 0800 50 15

Код ЄДРПОУ 13494943

<https://askods.com/>

office@askods.dn.ua

Голова Правління

Людмила ШОПУЛКО