

Затверджено
ПРАТ «СК «САЛАМАНДРА»
Наказ від 09.02.2024 №07-24-СА
Генеральний директор
Роман МАЛЕНКО
«09» лютого 2024 року

Вводиться в дію з
«12» лютого 2024 року

гіпер-посилання на
сторінку веб-сайту страховика, де розміщено такі загальні умови
<https://salamandra.ua/lilo/>

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ стандартного страхового продукту «ІІО[©]»

ЗМІСТ

1.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування.	3
2.	Загальні положення. Порядок обміну повідомленнями.	7
3.	Предмет Договору страхування. Об'єкт Договору страхування.	8
4.	Страхові ризики і страхові випадки.	8
5.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування. Підстави відмови у виплаті страхового відшкодування.	9
6.	Страхова сума. Страховий тариф. Страховий платіж.	14
7.	Порядок укладання Договору страхування. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник.	14
8.	Строк та місце дії Договору страхування.	19
9.	Порядок внесення змін до умов Договору страхування. Перехід обов'язків по Договору страхування протягом його дії. Порядок та умови внесення змін до переліку застрахованих осіб.	20
10.	Порядок дострокового припинення чи розірвання Договору страхування, їх правові наслідки. Порядок відмови від Договору страхування.	22
11.	Права та обов'язки Сторін по Договору страхування.	25
12.	Порядок дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.	29
13.	Порядок розрахунку та умови здійснення виплати страхового відшкодування. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні виплати страхового відшкодування.	30
14.	Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору страхування.	32
15.	Порядок вирішення спорів.	32
16.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.	33
	Додаток 1. Перелік страхових захворювань (страхових діагнозів).	
	Додаток 2. Перелік медичних послуг та медикаментів страхових захворювань.	
	Додаток 3. Перелік нестрахових захворювань (нестрахових діагнозів).	

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ.

1.1. Амбулаторна допомога – медична допомога Застрахованій особі, стан якої не потребує постійного перебування її в медичному закладі та постійного контролю медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування за захворюванням.

1.2. Асистуюча компанія –ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЛІЛО АСІСТЕНС», скорочена назва **ТОВ «ЛІЛО АСІСТЕНС»**, код за ЄДРПОУ **45237301**, суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування;

1.3. Асистуючі послуги – допомога (послуги), які відповідно до умов договору страхування можуть надаватися безпосередньо асистуючою компанією, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи, визначеної договором страхування, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика;

1.3. Валюта страхування – національна грошова одиниця України (гривня).

1.4. Винагорода за реалізацію страхового продукту (далі - винагорода за реалізацію) - будь-яка комісія, оплата послуги, комісійна винагорода або інший платіж, включаючи будь-яку економічну вигоду або будь-які інші фінансові чи нефінансові вигоди або заохочення, що пропонуються або надаються за реалізацію страхового продукту;

1.5. Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

1.6. Група Застрахованих осіб – група дієздатних фізичних осіб, у кількості від 2 (двох) осіб, яка існує окремо від причини страхування, та об'єднана в групу як мінімум за одним загальним критерієм, наприклад, за родинними зв'язками, професією, посадою, місцем роботи і т.п.

1.7. Договір страхування – договір медичного страхування, а саме: це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання за визначену договором страхування плату (страховий платіж) здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов договору страхування шляхом оплати вартості отриманих Застрахованою особою медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у т.ч. імунопрофілактичної) допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання, гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, отруєння, які входять до Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів), а також іншого розладу здоров'я, що потребує надання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у т.ч. імунопрофілактичної) допомоги, медичних та/або інших послуг, та не є винятками зі страхових випадків у межах та в обсязі Переліку та медикаментів страхових захворювань або в обсязі, погодженому Асистуючою компанією.

1.8. Екстрена госпіталізація – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що загрожує життю і потребує невідкладного стаціонарного лікування.

1.9. Загострення хронічного захворювання (рецидив) - період розвитку (перебігу)

хронічного захворювання Застрахованої особи, що характеризується посиленням суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання, та потребує надання медичної допомоги до зняття гострого стану (до повернення у період ремісії), а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю Застрахованої особи.

1.10. Застрахована особа – дієздатна фізична особа, здоров'я, працездатність, якої є об'єктом Договору страхування, та на користь якої Страхувальником укладений зі Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.11. Захворювання - патологічні зміни організму людини (погіршення стану здоров'я), що проявляється порушеннями його будови, обміну речовин та/або функціонування. За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання.

1.12. Інші випадки, передбачені Договором страхування – інші випадки, що покриваються страховим продуктом, пов'язані з отриманням Застрахованим медичної допомоги лікувального, профілактичного, оздоровчого характеру тощо.

1.13. Ліміт зобов'язань Страховика - граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми.

1.14. Медикаментозне забезпечення – забезпечення Застрахованого медичними препаратами (не більше одного препарату однієї фармакологічної групи) та засобами медичного призначення, що призначені лікарем з лікувальною метою, необхідні для лікування захворювання курсом лікування до 30 днів (якщо інший строк не передбачений Переліком медичних послуг та медикаментів страхових захворювань для відповідного захворювання (діагнозу)).

1.15. Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими захворюваннями та загостреннями хронічних хвороб, консультації спеціалістів, діагностичні, реабілітаційні, лікувальні, оздоровчі та профілактичні процедури, а також надання медикаментів і медичних матеріалів, необхідних для лікування Застрахованих осіб.

1.16. Медична послуга – є частиною медичної допомоги, професійна діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб–підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенційним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини.

1.17. Медичний заклад – заклад державної системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), який згідно з законодавством України має відповідну ліцензію на здійснення медичної діяльності і надає медичні послуги Застрахованим особам на підставі Договору співпраці з Асистуючою компанією та включений до переліку медичних закладів, що містяться на сайті Страховика та асистуючої компанії ТОВ «ЛІЛО АСІСТЕНС» .

1.18. Експерт-консультант з медичного страхування - особа, дипломована у встановленому чинним законодавством України порядку, яка перебуває в трудових або цивільно-правових відносинах з ТОВ “ЛІЛО АСІСТЕНС”, яка супроводжує процес укладення договору страхування або організовує надання медичної допомоги Застрахованій особі.

1.19. МКХ-10 - міжнародна класифікація хвороб, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, десятого перегляду.

1.20. Мобільний застосунок (додаток) «llo®» (надалі - llo) - програмна продукція, як результат комп'ютерного програмування, сервери якої розташовуються в захищеній програмно-апаратній платформі «хмарного» центру обробки даних, призначена для організації процесу укладення договорів страхування за класом страхування 2 “Страхування

на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, повідомлення про настання страхового випадку, надання страхових агентських (асистуючих) послуг) під час звернення застрахованої особи до медичних закладів в обсязі згідно з умовами Договору страхування, тощо;

IIIо надається для особистого використання користувачам, застрахованим особам, для виконання посадових обов'язків експертам-консультантам з медичного страхування в обсягах, визначених внутрішніми нормативними документами ТОВ «ЛІЛО АСІСТЕНС».

IIIо доступна за адресою <https://www.getlilo.com> та/або як мобільний застосунок (додаток) IIIо у Google Play, App Store.

1.21. Невідкладна медична допомога - це допомога при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, без явних ознак загрози життю Застрахованої особи.

1.22. Нестрахове захворювання – захворювання (діагноз), яке є винятком із страхових випадків та не входить до Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів).

1.23. Нещасний випадок – раптова, випадкова дія зовнішніх причин, не залежна від волі Застрахованого, що призвела до розладу здоров'я Застрахованого.

1.23. Перелік страхових захворювань (страхових діагнозів) - конкретні групи захворювань та нозологічні форми згідно з МКХ-10, які входять до страхового покриття, не є винятками зі страхових випадків, та в результаті настання яких протягом дії Договору страхування виникає обов'язок Страховика оплатити вартість отриманої Застрахованою особою медичної допомоги/медикаментів та є невід'ємною частиною цих Загальних умов стандартного страхового продукту «IIIО©».

1.24. Перелік медичних послуг та медикаментів страхових захворювань – певний обсяг медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, медикаментів, вартість яких підлягає оплаті Страховиком та є невід'ємною частиною цих Загальних умов стандартного страхового продукту «IIIО©».

1.25. Перелік нестрахових захворювань (нестрахових діагнозів) - конкретні групи захворювань та нозологічні форми згідно з МКХ-10, які не входять до страхового покриття, є винятками зі страхових випадків, та в результаті настання яких протягом дії Договору страхування у Страховика не виникає обов'язку оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги/медикаментів, є невід'ємною частиною Загальних умов стандартного страхового продукту «IIIО©».

1.26. Персональний лікар медичного закладу - особа, дипломована у встановленому чинним законодавством України порядку, яка перебуває в трудових відносинах з медичним закладом між яким укладено відповідний договір з асистуючою компанією та в якому Застрахована особа може одержувати медичну допомогу відповідно до Договору страхування.

1.27. Планова госпіталізація - надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що не потребують невідкладного надання медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі.

1.28. Повідомлення – передача інформації, що здійснюється шляхом використання мобільного застосунку (додатку) «IIIО©», надсилання листів, електронної пошти, sms-повідомлень, телефонних дзвінків тощо.

1.29. Портал – інтерактивна електронна система, яка використовується для підписання Сторонами Договорів страхування кваліфікованими електронними підписами (“ВЧАСНО” або “ДОКУМЕНТ.ОНЛАЙН”).

1.30. Розлад здоров'я – гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, планового медичного втручання (операції), травма, отруєння, що потребують надання медичної допомоги.

1.31. Ремісія хронічного захворювання (хронічне захворювання в стадії ремісії) – період

тривалості хронічного захворювання Застрахованого, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованого порівняно з стадією загострення.

1.32. Стаціонар екстрений – надання медичної допомоги при настанні страхового випадку в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли поміщення Застрахованої особи в стаціонар має бути здійснено невідкладно, а рішення про екстрену госпіталізацію приймається лікарем бригади швидкої/невідкладної допомоги або лікарем поліклініки.

1.33. Стаціонар плановий – при настанні страхового випадку за основним захворюванням планова госпіталізація при станах, які не потребують надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками, а медична допомога Застрахованій особі в умовах стаціонару може бути відстрочена у часі, але не більше ніж на 72 годин.

1.34. Стандартний страховий продукт ШО© - страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів;

1.35. Страхувальники – дієздатні фізичні та/або юридичні особи, незалежно від форм власності, резиденти України, які укладають зі Страховиком Договори медичного страхування.

1.36. Страховий випадок – є звернення Застрахованої особи в період дії Договору страхування до Асистуючої компанії ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС" та отримання Застрахованою особою у період дії Договору страхування медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у т.ч. імунопрофілактичної) допомоги, медичних та/або інших послуг, виключно за направленням та погодженням асистуючої компанії ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС" до медичного закладу, аптек, з приводу захворювання, гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, отруєння, які входять до Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів), а також іншого розладу здоров'я, що потребує надання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у т.ч. імунопрофілактичної) допомоги, медичних та/або інших послуг, та не є винятками зі страхових випадків у межах та в обсязі Переліку та медикаментів страхових захворювань або в обсязі, погодженому Асистуючою компанією.

1.37. Страхова премія (страховий платіж) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

1.38. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату (страхове відшкодування) при настанні страхового випадку.

1.39. Страхове відшкодування - грошова сума, в межах встановленої Договором страхування страхової суми, яку Страховик відповідно до умов Договору страхування повинен виплатити Асистуючій компанії у розмірі вартості наданої медичної допомоги, медичних та/або інших послуг Застрахованій особі.

1.40. Страхове захворювання – подія на випадок виникнення якої проводиться страхування захворювання, яке входить в Перелік страхових захворювань (страхових діагнозів) та потребує надання медичної допомоги/послуг/медикаментів згідно з Переліком медичних послуг та медикаментів страхових захворювань.

1.41. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону.

1.42. Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника, Застрахованої особи у страхуванні ризиків, пов'язаних з здоров'ям, працездатністю; агент

1.43. Страховий агент – ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЛІЛО АСІСТЕНС», скорочена назва ТОВ «ЛІЛО АСІСТЕНС», код за ЄДРПОУ

45237301, не є додатковим страховим агентом та здійснює діяльність з реалізації страхових продуктів від імені, за дорученням та в інтересах Страховика за винагороду за реалізацію страхових продуктів на підставі договору із страховиком;

1.44. Страховий продукт - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги;

1.45. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.46. Страховий тариф – визначена Страховиком ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

1.47. Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «САЛАМАНДРА», що діє на підставі Закону України «Про страхування» та укладає зі Страхувальниками Договори страхування.

1.48. Франшиза – передбачена Договором страхування частина збитків, яка в разі настання страхового випадку Страховиком не відшкодовується.

1.49. Хвороба - порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом несприятливих чинників внутрішнього середовища, що потребує надання медичної допомоги.

1.50. Хірургічне втручання (хірургічна операція або оперативне втручання) - комплекс впливів на тканини або органи людини, що проводяться лікарем з метою лікування в умовах цілодобового стаціонару, виконуваний за допомогою різних способів роз'єднання, переміщення і з'єднання тканин.

1.51. Хронічне захворювання– поступове, тривале погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, з стійкими (що не зникають впродовж періоду ремісії) патологічними, морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів організму, з періодами загострення (посилення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів захворювання) та ремісії (зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів захворювання)

1.52. Швидка (Екстрена) медична допомога - це допомога при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, що становлять загрозу життю Застрахованої особи.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК ОБМІНУ ПОВІДОМЛЕННЯМИ

2.1. На підставі та згідно з умовами цих Загальних умов стандартного страхового продукту «ШОС» (надалі- Загальні умови) Страховик укладає Договори медичного страхування (далі – Договори страхування) зі Страхувальниками.

2.2. Стандартним страховим продуктом “ШОС” передбачена можливість для Страхувальника-фізичної особи укладати Договори страхування лише щодо власного здоров'я. Укладати Договори страхування щодо страхування здоров'я третіх осіб (Застрахованих осіб) в рамках цього Стандартного страхового продукту “ШОС” можуть виключно Страхувальники-юридичні особи. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника у випадках, визначених законодавством та згідно з умовами Договору страхування.

2.3. Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування, то Застрахованими особами є фізичні особи, які внесені до Переліку Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною такого Договору страхування.

2.4. За цими Загальними умовами прийнятими на страхування можуть бути особи віком від 20 до 45 років, незалежно від країни громадянства, як резиденти, так і нерезиденти України, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. При укладанні Договорів страхування, вік Застрахованої особи на момент закінчення строку дії Договору страхування не повинен перевищувати 46 (сорока шести) років.

2.5. Застрахованими не можуть бути особи, які на час укладання Договору страхування є особами:

1) у віці молодше 20 років та старше 45 років;

- 2) особами, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом;
- 3) інвалідами 1 та 2 групи;
- 4) особами, які на час укладання Договору страхування є онкологічними хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування).

2.6. Ці Загальні умови регулюють умови страхування та порядок укладання Договору страхування. За згодою Сторін до Договору страхування можуть бути внесені додаткові умови, які не суперечать цим Загальним умовам та чинному законодавству України.

2.7. Всі повідомлення та інша інформація за укладеним Договором страхування, окрім тих, які стосуються надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, повинні бути виконані письмово (паперова або електронна форма) та надіслані одним із можливих способів: поштою, електронною поштою, на адреси Сторін, що вказані у Договорі страхування (або інші, повідомлені Стороною іншій Стороні письмово).

2.8. Будь-яке надіслане по електронній пошті повідомлення повинне супроводжуватися надісланням оригіналу документа поштою протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту надіслання його електронною поштою. Вимога цього пункту не застосовується до повідомлень, які надсилаються Страховим агентом, в порядку ст.ст. 85-88 Закону України "Про страхування".

2.9. Документи, для яких встановлено строк повідомлення Страховика (крім повідомлень щодо надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг), вважаються наданими Страховикові у момент, коли їх доставлено та зареєстровано за місцезнаходженням Страховика.

2.10. Здійснення повідомлення Застрахованої особи щодо настання події, що має ознаки страхового випадку, надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, та інші комунікації Застрахованої особи з асистуючою компанією з приводу організації здійснюється виключно шляхом обміну повідомленнями у мобільному застосунку (додатку) "Lilo" або у чат-боті "Lilo". Датою і часом подання повідомлень за допомогою мобільному застосунку (додатку) "Lilo" або чат-боту "Lilo" є відповідна задокументована (зафіксована) дата і час здійснення відповідного повідомлення.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

3.2. Об'єктом Договору страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

4.1. До страхових ризиків за цими Загальними умовами належать захворювання, гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, отруєння, а також такий стан здоров'я, що потребує надання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у т.ч імунопрофілактичної) допомоги при амбулаторному лікуванні, при стаціонарному лікуванні, надання медичних та інших послуг у формі стаціонарної і амбулаторно-поліклінічної допомоги невідкладної медичної допомоги, оздоровчих та інших послуг.

4.2. Страховим випадком згідно з цими Загальними умовами є: звернення Застрахованої особи в період дії Договору страхування до Асистуючої компанії ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС" та отримання Застрахованою особою у період дії Договору страхування медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної

(у т.ч імунопрофілактичної) допомоги, медичних та/або інших послуг, виключно за направленням та погодженням асистуючої компанії ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС" до медичного закладу, аптек, з приводу захворювання, гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, отруєння, які входять до Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів), а також іншого розладу здоров'я, що потребує надання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у т.ч імуно профілактичної) допомоги, медичних та/або інших послуг, та не є винятками зі страхових випадків у межах та в обсязі Переліку та медикаментів страхових захворювань або в обсязі, погодженому Асистуючою компанією.

5. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

5.1. Не вважається страховим випадком звернення Застрахованої особи за наданням медичної допомоги, медичних та/або інших послуг при розладі здоров'я, пов'язаного з нестраховими захворюваннями (або їх ускладненнями) та є винятками зі страхових випадків, а саме:

5.1.1. Групи захворювань та нозологічні форми згідно з МКХ-10, що включені до Переліку нестрахових захворювань (нестрахових діагнозів) в т.ч. їх ускладнення та наслідки, що не діагностуються (крім первинної консультації лікаря) та не лікуються (крім надання невідкладної медичної допомоги при гострому болю та/або при станах що загрожують життю Застрахованої особи).

Медична допомога, за групами захворювань та нозологічних форм згідно з МКХ-10, що включені до Переліку нестрахових захворювань (нестрахових діагнозів), надається лише **до встановлення клінічного діагнозу** (встановлюється на основі первинної діагностики, яка призначена на підставі скарг хворого, анамнезу, даних об'єктивного огляду, іноді з використанням загально-клінічних, лабораторних та/або інструментальних методів дослідження (наприклад: загальний аналіз крові, сечі, рентгенографія органів грудної клітки, для виявлення будь-якого патологічного процесу та підтвердження первинного діагнозу).

5.1.2. Методи лікування, профілактики або діагностики, що не покриваються Страховиком:

1. методи лікування, що не входять до Переліку медичних послуг та медикаментів страхових захворювань або не погоджені Асистуючою компанією;
2. лікування методами нетрадиційної медицини, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування, озонотерапія, ауто гемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньосудинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера, кріотерапія, кріомасаж, використання барокамери, SPA-капсули тощо;
3. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, нарколога, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
4. протезування, ендопротезування, косметичні, пластичні чи косметологічні послуги, естетичні, реконструктивні оперативні втручання, в тому числі планова герніопластика, ринопластика, венектомія тощо (крім випадків трансплантації шкіри внаслідок опіків, а також оперативного відновлення в результаті нещасного випадку, який настав протягом строку дії Договору страхування);
5. операції на серці й судинах, інвазивні внутрішньосерцеві процедури (коронарографія, аорто-коронарне шунтування, стентування будь-яких судин, електрофізіологічне дослідження, картування, радіочастотна абляція, операції із застосуванням апарата штучного кровообігу; протезування клапанів; планові нейрохірургічні операції;
6. зміна ваги, лікування ожиріння, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;
7. лікування келоїдних рубців, видалення бородавок, папілом, родимок, ліпом, поліпів,

гемангіом, меланоцитарних невусів (D22) та доброякісних новоутворень шкіри (D23), за винятком ускладнених випадків травмування, нагноєння тощо;

8. штучне запліднення, проведення абортів, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація;
9. профілактичні та терапевтичні щеплення (крім вакцинації проти правця та сказу);
10. реабілітація (в тому числі після проведеного лікування), відновлення після завершення лікування, усунення віддалених наслідків захворювань або нещасних випадків, санаторно-курортне, профілактичне лікування, послуги з оздоровлення (басейн, тренажерний зал, фітнес-центри, спа-комплекси тощо), якщо інше не передбачено Переліком медичних послуг та медикаментів страхових діагнозів або погоджені Асистуючою компанією;
11. надання медичної документації, що не пов'язана з настанням страхових випадків (тести на професійну придатність, довідки для органів поліції тощо);
12. надання медичної допомоги при вагітності та пологах;
13. витрати на контрольну та уточнюючу діагностику для визначення типу, стадії, форми захворювання, методу лікування;
14. лікування з використанням лазерних технологій, в тому числі корекція зору та лікування хвороб сітківки;
15. придбання органів для трансплантації, їх пошук, доставка, оплата донорів, крові та препаратів крові; проведення хірургічних втручань щодо трансплантації органів чи тканин, протезування (суглобів, ниркових, периферійних артерій тощо), замороження та пересадки живих клітин, пересадки кісткового мозку (окрім оплати ліжка-місця під час перебування Застрахованого в медичному закладі та стандартного для даного медичного закладу харчування при протезуванні щодо захворювань, що покриваються умовами страхування страхового продукту "ШО©", якщо інше не передбачено умовами Договору страхування);
16. вартість будь-яких операцій чи лікування, що не завершені чи очікуються до початку набрання чинності Договором страхування, а також витрати на планове видалення металоконструкцій, встановлених не в період дії договору страхування;
17. гормональні дослідження (більше 4-х гормонів протягом строку дії договору), імунограми, алергопроби, алергологічна панель, онкомаркери, ліпидограма, ДНК-діагностика, денситометрія, генетичні дослідження, планова діагностика гомеостазу організму Застрахованої особи;
18. лікування симптомів, ознак хвороби та неточно визначених станів, захворювань, що є неуточненими та невизначеними згідно з МКХ-10, до моменту постановки остаточного діагнозу (крім випадків зняття гострого болю та надання невідкладної допомоги);
19. вартість підтримуючої, пригнічуючої, замісної, гормональної (окрім гормональних препаратів при стаціонарному лікуванні) терапії при лікуванні захворювань і станів, що вимагають тривалого застосування (клімакс, синдром виснажених яєчників, ендометріоз тощо).

5.1.3. Медикаменти та витратні матеріали, що не покриваються за страховим продуктом "ШО©":

1. медикаменти та витратні матеріали, придбані самостійно Страхувальником/Застрахованою особою поза аптечною мережею України та/або не зареєстровані в Україні;
2. медичні препарати, що не передбачені Переліком медичних послуг та медикаментів страхових захворювань або не погоджені Асистуючою компанією; медикаментозне забезпечення тривалістю понад 30 днів з дати початку лікування; вартість двох та більше препаратів однієї фармакологічної групи, крім випадків, коли один препарат місцевої, а другий загальної дії;
3. Препарати з антигіпоксичною, антиоксидатною дією, які поліпшують кровоток, а також препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини;
4. стенти, шунти, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези (окрім пролінової сітки для ургентної гернеопластики), електроди, ріжучі петлі,

- ортези, наборів для артроскопії;
5. милиці, післяопераційні бандажі;
 6. лінзи, окуляри, скельця, слухових апаратів, інгаляторів, ортопедичних засобів й посібників тощо;
 7. предмети гігієни, шампуні, креми, пасти, інші косметичні засоби;
 8. медичне обладнання та будь-які медичні пристрої/засоби (в т.ч. що замінюють або корегують функції органів), що потребують додаткової оплати при стаціонарному/амбулаторному лікуванні (окрім фіксаторів для остеосинтезу країн-виробників Польщі, Чехії, Словенії та інших країн - з приводу страхового діагнозу), медичних інструментів, товарів медичного призначення, (крім шприців для ін'єкцій та систем для переливання, бинтів, вати, гіпсових пов'язок, пов'язок типу Скотч-каст (виключно білого кольору), тощо).

5.2. Страховим випадком не вважається і страхова виплата не здійснюється, в разі:

- 5.2.1.** якщо подія пов'язана з перебуванням Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, а також наслідки та хвороби, викликані такими станами;
- 5.2.2.** внаслідок дії обставин непереборної сили суспільного, військового, юридичного характеру (участь в воєнних діях, масових заворушеннях, дія радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення, застосування вибухових речовин, вплив військової зброї будь-яких зразків та способу дії тощо), що призвели до настання випадку;
- 5.2.3.** заняття Застрахованою особою екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, бобслеєм, автоталі, парашутним спортом, дайвінгом тощо), що призвело до ушкодження здоров'я Застрахованої особи;
- 5.2.4.** настання нестрахового випадку – звернення Застрахованої особи стосується захворювання (діагнозу), не включеного до переліку страхових ризиків, Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів) та/або є винятком зі страхових випадків згідно з цими Загальними умовами або Договором страхування, або випадок не підпадає під визначення страхових випадків, згідно з термінами, наведеними в цих Загальних умовах або Договорі страхування;
- 5.2.5.** якщо звернення Застрахованої особи стосується лікування залишкових явищ будь-якого захворювання, хронічного захворювання в стадії ремісії/неповної ремісії/компенсації (наприклад, сечокам'яна, жовчокам'яна хвороба, грижі, протрузії дисків, остеохондроз та інші дорсопатії тощо), окрім надання невідкладної медичної допомоги (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб) в разі переходу захворювання в стадію загострення;
- 5.2.6.** надання медичної допомоги з приводу захворювань, гострих захворювань, загострення хронічних захворювань, нещасних випадків, які виникли до початку дії Договору страхування;
- 5.2.7.** надання медичної допомоги після завершення дії Договору страхування, навіть якщо лікування, діагностика, медикаментозне забезпечення або будь-які інші послуги, передбачені умовами страхового покриття, були призначені під час дії Договору;
- 5.2.8.** якщо випадки, що сталися протягом неоплаченого періоду страхування (в разі оплати страхового платежу частинами згідно з умовами Договору страхування);
- 5.2.9.** випадки, що сталися поза межами території дії Договору страхування;
- 5.2.10.** одержання медичних послуг та лікування хронічних захворювань, крім випадків їх загострення, більш ніж 2 загострень на рік з медикаментозним лікуванням для зняття загострення, а також остаточних проявів перенесених захворювань, окрім невідкладних станів, що загрожують життю Застрахованої особи;
- 5.2.11.** якщо витрати, пов'язані зі сплатою благодійних внесків медичним закладам/аптекам;
- 5.2.12.** одержання медичних послуг щодо захворювань, за якими призначена будь-яка група інвалідності їх ускладнення та наслідки;
- 5.2.13.** якщо на момент настання страхового випадку Застрахованій особі виповнилося 46 (сорок шість) років;

5.2.14. в разі настання випадку з особами, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, у яких діагностовано онкологічне захворювання;

5.2.15. якщо захворювання, викликані особливо небезпечними, небезпечними інфекційними та паразитарними хворобами людини і носійствами збудників цих хвороб та епідеміями, згідно з наказами МОЗ України та/або рекомендацій чи настанов ВООЗ, не залежно від термінів і обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними установами;

5.3. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхового відшкодування є:

5.3.1. якщо до випадку, що має ознаки страхового, призвели навмисні дії Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку; випадки навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, замаху на самогубство; вчинення Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

5.3.2. подання Страхувальником або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, про обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику (зокрема, але не виключно, недостовірної інформації про стан здоров'я Застрахованої особи) або про факт чи обставини настання страхового випадку;

5.3.3. надання медичної допомоги іншій особі, що не є Застрахованою особою за Договором страхування;

5.3.4. ненадання Застрахованою особою доступу та/або дозволу (згоди) до доступу до медичної документації, медичної інформації на запит Страховика для з'ясування стану здоров'я Застрахованої особи, причин та обставин настання страхового випадку, створення Страховику інших перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

5.3.5. несвоєчасне повідомлення Страховика про настання страхового випадку, самостійна організація та оплата Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг без попереднього погодження із Асистуючою компанією (крім випадків, передбачених цими Загальними умовами або Договором страхування);

5.3.6. наявність обставин, які є підставами для відмови у здійсненні страхового відшкодування, винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Загальними умовами;

5.3.7. перевищення ліміту зобов'язань Страховика за Договором страхування та обсягу послуг страхового покриття, визначених у Переліку медичних послуг та медикаментів страхового захворювання або обсягу, погодженого Асистуючою компанією;

5.3.8. порушення протоколів лікування: надання видів медичної допомоги (амбулаторної, стаціонарної тощо) та медичних послуг (консультативних, діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, медикаментозного забезпечення тощо), що не передбачені Переліком медичних послуг та медикаментів страхового діагнозу або не погоджені Асистуючою компанією;

5.3.9. невиконання Застрахованою особою вказівок експерта-консультанта з медичного страхування та/або персонального лікаря медичного закладу, без поважних на це причин або створення Страховику/ асистуючій компанії перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

5.3.10. самостійне звернення Застрахованою особою до медичних установ та/або лікування Застрахованого у медичному закладі без узгодження з асистуючою компанією; отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг/ ліків, що не передбачені у Переліку медичних послуг та медикаментів страхового захворювання або не погоджені Асистуючою компанією та/або не передбачені Договором страхування.

5.3.11. навмисне надання Застрахованою особою некоректних або неправдивих відомостей (скарг чи симптомів) з метою отримання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, передбачених Договором страхування, або з метою отримання допомоги та послуг для не

застрахованої за Договором страхування особи з використанням персональних даних Застрахованої особи;

5.3.12. ненадання Страхувальником/Застрахованою особою документів необхідних для прийняття рішення про здійснення страхового відшкодування в порядку та строки передбачених у запиті Страховика;

5.3.13. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою своїх обов'язків за Договором страхування;

5.3.14. Інші випадки, передбачені Законом України «Про страхування».

5.4. Якщо обставини, що можуть бути підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування, стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від Застрахованого/Страхувальника повернення виплаченої Страховиком страхового відшкодування в повному обсязі. Повернення виплаченого Страховиком страхового відшкодування повинне бути здійснене Застрахованим/Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за банківськими реквізитами, вказаними в такій вимозі.

5.5. В разі звернення Застрахованої особи щодо випадку, що не визнається Страховиком страховим згідно з цими Загальними умовами, Договором страхування, Страховик не організовує та не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованій особі за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови цього Договору страхування та/або додатків до нього.

5.6. Страховик відмовляє у здійсненні страхового відшкодування, якщо випадок входить до Переліку нестрахових захворювань (нестрахових діагнозів) та/або обсяг та види медичної допомоги не входить до Переліку медичних послуг/ медикаментів страхових захворювань або обсяг заявлених послуг не погоджений Асистуючою компанією, а також якщо подія підпадає під винятки та обмеження зі страхових випадків, або є підставами для відмови у здійсненні страхового відшкодування.

5.7. Страховик не організовує та не оплачує вартість медичних послуг у зв'язку з ушкодженнями або хворобами, що мали місце до укладання Договору страхування, що є наслідком самолікування (тобто вживання ліків без призначення лікаря), а також витрат з приводу будь-яких операцій чи лікування, не завершених до початку дії Договору страхування.

5.8. У випадку первинного виявлення хвороб, витрати на лікування яких не передбачені цими Загальними умовами, Страховик сплачує вартість тих медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

5.9. Страховик відмовляє в організації допомоги та не оплачує/не відшкодовує вартість медичних послуг та медикаментозного лікування у випадку:

- отримання альтернативних консультацій та дублювання обстежень, якщо інше не передбачено Договором страхування, за виключенням випадків попереднього погодження із Страховиком/асистуючою компанією;

- отримання медичних (в т.ч. діагностичних) та лікувальних (в т.ч. медикаментозних) послуг, включаючи будь-який період амбулаторного та стаціонарного лікування, що не були письмово рекомендовані лікарями медичних закладів та не входять до Переліку медичних послуг та медикаментів страхового захворювання або не погоджені Асистуючою компанією;

5.10. Страховик в будь-якому разі не організовує надання медичної допомоги та/або не оплачує її вартість, не відшкодовує:

5.10.1. витрати, пов'язані зі сплатою благодійних внесків;

5.10.2. моральну шкоду, упущену вигоду (втрату прибутку), судові витрати, витрати, пов'язані з інфляційними процесами тощо.

5.11. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхового відшкодування, якщо це не суперечить Закону України «Про страхування».

6. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

- 6.1.** Страхова сума, страхова премія та/або інші умови страхового покриття є однаковими для всіх застрахованих осіб/групи застрахованих осіб за умови зазначення їх кількості в Договорі страхування.
- 6.2.** Страхова сума на 1 (одну) застраховану особу на 1 (один) рік становить 1 000 000,00 грн (один мільйон гривень 00 коп.). Загальний розмір страхової суми за Договором страхування встановлюється у Договорі страхування (Страховому полісі).
- 6.3.** Страхова сума після здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування відповідно зменшується на розмір такого відшкодування.
- 6.4.** Страхова премія (страховий платіж) на 1 (одну) застраховану особу на 1 (один) рік становить 35 000,00 грн (тридцять п'ять тисяч гривень, 00 коп.). Загальний розмір страхового платежу встановлюється у Договорі страхування.
- 6.5.** Оплата страхового платежу здійснюється одноразово безготівковим шляхом на рахунок Страхового агента протягом 1 (одного) робочого дня з дати укладення Договору страхування, якщо інше не зазначено у Договорі страхування.
- 6.5.1.** В разі зміни банківських реквізитів отримувача страхового платежу Страховий агент повідомляє Страхувальника про зміну банківського рахунку та інші відомості, необхідні для сплати страхового платежу шляхом надсилання повідомлення у мобільному застосунку (додатку) **ШО** або листом на адресу електронної пошти Страхувальника, що зазначена у Договорі страхування.
- 6.6.** Страховий тариф (брутто-тариф) – складова Договору страхування, що дорівнює відношенню річного страхового платежу до страхової суми. Брутто-тариф, на відміну від нетто-тарифу, враховує витрати Страховика на ведення справи та супроводження Договору страхування.
- 6.7.** Розмір нетто-тарифу обчислюється Страховиком актуарно на підставі статистики настання страхових випадків.
- 6.8.** Конкретний розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору (на ведення справи) визначається Страховиком та становить 35% від страхової премії (страхового платежу) за Договором страхування.
- 6.9.** Страхувальник сплачує страхові платежі лише у грошовій одиниці України - гривні.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

- 7.1.** Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги цього клієнта у страхуванні.
- 7.2.** З метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні Страховик (страховий агент) пропонує клієнту заповнити заяву на страхування за встановленою Страховиком формою, і яка має бути підписана Страхувальником.
- 7.3.** Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі Сторін укласти Договір страхування. Однак, якщо Договір страхування буде укладено, всі відомості щодо предмета Договору страхування, які були наведені в заяві на страхування, формують основні дані укладеного Договору. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.
- 7.4.** До укладення Договору страхування Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному таким Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи або вимагати надання інформації про стан її здоров'я, за формою, визначеною Страховиком.
- 7.5.** Страховик (страховий посередник) до укладення договору страхування надає клієнту:
- 1) інформацію про страховий продукт, що пропонується, шляхом надання доступної та вичерпної інформації про страховий продукт на веб-сайті Страховика, Страхового агента ТОВ

«Ліло асістенс» та у мобільному застосунку (додатку) lilo©, а також обов'язково у вигляді інформаційного документу про стандартний страховий продукт, та в подальшому надсилання вищезазначеної інформації в електронній формі, засобами електронної пошти;

2) інформацією про Страховика, про Страхового агента ТОВ «Ліло асістенс», - шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика (Страхового агента), та в подальшому надсилання вищезазначеної інформації в електронній формі, засобами електронної пошти.

7.6.Порядок укладення Договору страхування для страхувальників-фізичних осіб:

7.6.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог [Цивільного кодексу України](#), встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними [Законом України](#) "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію. Договір медичного страхування для страхувальників-фізичних осіб укладається шляхом пропозиції Страховика укласти Договір страхування (оферти) та її прийняття пропозиції (акцепту) Страхувальником.

7.6.2. Текст Публічної пропозиції (оферти) на укладення Договору медичного страхування для страхувальників - фізичних осіб (надалі - Оферта), розміщений у вільному доступі у мережі Інтернет на офіційному веб-сайті Страховика за посиланням <https://salamandra.ua/lilo/> та на веб-сайті Страхового агента за посиланням https://getlilo.com/public_offer.pdf є Офертою в розумінні ч. 1 ст. 634 Цивільного кодексу України. Оферта є пропозицією у розумінні ч. 4 ст. 11 Закону України «Про електронну комерцію».

7.6.3.Оферта складається та підписується кваліфікованим електронним підписом уповноваженої особи Страховика. Примірник Оферти Страховика на укладення Договору медичного страхування для страхувальників - фізичних осіб на паперовому носії зберігається у Страховика, а в електронній формі розміщується на веб-сайті Страховика та на веб-сайті Страхового агента.

Договір страхування вважається укладеним з моменту акцептування Оферти шляхом підписання Заяви-акцепту публічної пропозиції (оферти) на укладення договору медичного страхування для страхувальників- фізичних осіб - страхового полісу за страховим продуктом "lilo©" (надалі – Страховий поліс) та оплати Страхувальником страхового платежу у розмірі та в порядку, передбаченому Договором страхування, за умови подання Страхувальником документів і відомостей, перелік яких визначається відповідно до вимог законодавства України та/або внутрішніх документів Страховика, якщо інший порядок не встановлений будь-якими іншими умовами Договору страхування. Страховий поліс може укладатися у паперовому або в електронному вигляді.

7.6.4. Перелік документів для укладення Договору страхування:

- 1) Заява на страхування за встановленою Страховиком формою;
- 2) результати проведеного за вимогою Страховика медичного обстеження (в разі проходження медичного обстеження до укладення Договору страхування);
- 3) ідентифікаційний документ - паспорт громадянина України або інший документ, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів, який надасть змогу Страховику встановити: прізвище, ім'я та по батькові (за наявності); дату народження; серію і номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, дату видачі та орган, який його видав; відомості про місце проживання, місце перебування або місце тимчасового перебування;
- 4) довідка про присвоєння РНОКПП (в разі якщо ідентифікаційний документ клієнта, не містить РНОКПП та відмітки або запису про відмову про прийняття РНОКПП).

7.6.5. У разі ненадання фізичною особою необхідних Страховику документів чи відомостей або умисного надання неправдивих відомостей щодо себе, вважається, що такі дії фізичної особи позбавляють Страховика можливості надання цій особі фінансових послуг у сфері страхування, у зв'язку з чим Страховик відмовляє такій фізичній особі в укладенні з нею

Договору страхування та її обслуговуванні. Страховик може відмовити Страхувальнику у наданні послуг(и) за Договором страхування у випадках, передбачених законодавством України, а також якщо це може призвести до порушення законодавства та/ або надання таких послуг унеможливлено нормативно-правовими актами Національного банку України (мораторій, заборона, обмеження тощо).

7.6.6. Оферта містить усі істотні умови, передбачені законодавством для договорів страхування, та виражає намір Страховика вважати себе зобов'язаною у разі прийняття Оферти Страхувальником.

7.6.7. Перед укладенням Договору страхування (акцепту Оферти) Страхувальник повинен ознайомитись з умовами Оферти, Загальними умовами стандартного страхового продукту «IIIО©», інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних у Заяві на страхування.

7.6.8. Страхувальник надає Страховику відповідь про повне та безумовне прийняття Оферти шляхом вчинення наступних дій, спрямованих на отримання страхових послуг Страховика (Акцепт):

-перейти на офіційний веб-сайт Страховика за адресою: <https://salamandra.ua/lilo/> або на веб-сайт Страхового агента за адресою: <https://www.getlilo.com> ;

-ознайомитись з текстом Оферти та публічною інформацією про Страховика, про Страхового агента, Інформаційним документом про стандартний страховий продукт «IIIО©», Загальними умовами страхового продукту «IIIО©», розміщених на веб-сайтах Страховика та Страхового агента;

- Прийняти зважене та самостійне рішення, що умови страхування, порядок організації та надання медичної допомоги за страховим продуктом "IIIО©" відповідають вимогам та потребам потенційного Страхувальника;

- У випадку укладення договору страхування в електронному вигляді, для остаточного підтвердження своєї потреби у страхуванні на запропонованих умовах потенційному Страхувальнику необхідно мати кваліфікований електронний підпис та встановити на мобільний пристрій мобільний застосунок (додаток) "IIIО©" та мобільний застосунок (додаток) "Дія". Авторизуватися через технологію отр-пароль (вказати інформацію про себе, номер телефону, електронну пошту) у IIIО, що використовується Страховим агентом для укладання договорів страхування;

- Надати документи та пройти ідентифікацію та верифікацію відповідно до вимог Страховика;

- Заповнити у IIIО або у паперовому вигляді, в присутності представника Страхового агента, Заяву на страхування в якій, потенційний Страхувальник зазначає свої потреби у страхуванні та надає інші відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Заява на страхування може оформлюватися (підписуватися) у паперовому або в електронному вигляді (в електронному вигляді Заява на страхування може бути підписана у IIIО або на відповідному Порталі). **У паперовому вигляді Заява на страхування підписується Страхувальником у двох автентичних примірниках по одному для кожної із Сторін.**

7.6.9. Рішення про прийняття на страхування або відмову Страховик/Страховий агент приймає в день отримання заяви на страхування, але не пізніше наступного робочого дня після отримання заяви на страхування.

7.6.10. Страховик/Страховий агент на підставі отриманої Заяви на страхування та документів від клієнта про намір укласти Договір страхування формує проект Страхового полісу, який є індивідуальною частиною Договору страхування, та надає його Страхувальнику. Проект Страхового полісу може направлятися Страховиком/Страховим агентом для його підписання Страхувальником в електронному вигляді у IIIО, або на відповідному Порталі, або надаватися у паперовому вигляді Страхувальнику.

7.6.11. Страховий поліс складається відповідно до встановленої Страховиком форми на основі

обраних Страхувальником умов страхування та вказаної ним інформації.

7.6.12. Страхувальник повинен ознайомитися із проектом Страхового полісу та підписати його власноручним підписом у паперовій формі, або власним кваліфікованим електронним підписом. Підписаний Страхувальником Страховий поліс, є підтвердженням Страхувальника, про прийняття пропозиції укласти Договір страхування.

7.6.13. У паперовому вигляді Страховий поліс підписується Страхувальником та уповноваженою особою на підписання договорів страхування Страховика або страхового агента та укладається в двох автентичних примірниках по одному для кожної із Сторін з проставлянням власноручних підписів сторін.

7.6.14. Після підписання Страхового полісу у формі паперового документа, Страховик або страховий агент надає Страхувальнику примірник договору страхування, та додатки до нього (за наявності).

7.6.15. Договір страхування, що був укладений у формі електронного документа, а також додатки до нього надсилаються Страхувальнику на адресу електронної пошти або на засіб електронного/мобільного зв'язку, наданого Страхувальником у Заяві на страхування, одразу після підписання такого Договору, але не пізніше початку строку його дії.

Договір страхування, що був укладений у формі електронного документа та надсилається Страхувальнику, має бути підписаний кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

Страховик зобов'язаний забезпечити можливість відображення Договору страхування, укладеного у формі електронного документа, на екранах різних технічних засобів електронних комунікацій зі збереженням цілісності (зміст тексту договору страхування не повинен бути втраченим або зміненим з моменту його укладення) та читабельності.

7.6.16. Договір страхування укладається відповідно до цих Загальних умов та складається з Оферти, Страхового поліса, Заяви на страхування та Загальних умов, і вважається укладеним в письмовій формі, відповідно до ст. 97 Закону України «Про страхування».

7.6.17. Після отримання Страхувальником Страхового полісу, Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж на банківський рахунок Страхового агента. Страховий платіж вважається сплаченим Страховику з моменту надходження безготівкових коштів на вищезазначений рахунок Страхового агента.

7.6.18. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Оферти та умов, викладених у проекті Страхового полісу, вважається вчинення сукупності дій:

- а) підписання Страхового полісу власноручним підписом або шляхом використання власного кваліфікованого електронного підпису;
- б) сплата страхового платежу у передбачені Договором страхування строки і розміри на поточний рахунок Страхового агента.

7.6.19. Технологія підписання Страхувальником електронним підписом:

Власний кваліфікований електронний підпис накладається Страхувальником на Страховий поліс (страховий продукт ІІІО) у ІІІО або на відповідному Порталі.

7.6.20 Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили потенційний Страхувальник набуває статусу Страхувальника.

7.6.21. Дата, час здійснення акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування та обмін повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.

Номер Договору страхування присвоюється Страховиком після прийняття рішення Страховиком про можливість укладення Договору страхування та зазначається у Страховому полісі.

7.7. Порядок укладення Договору страхування для страхувальників-юридичних осіб:

7.7.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг". Договір страхування, який укладається зі страхувальниками-юридичними особами може бути укладений шляхом складання одного документа - Договору страхування, підписаного Сторонами з проставлянням власноручних підписів сторін у разі укладення договору страхування у паперовій формі. Договір страхування укладається щонайменше у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі Сторін. Примірники Договору страхування Страхувальника та Страховика мають бути ідентичними за текстом та не містити розбіжностей.

7.7.2. Підставою для укладання Договору страхування зі страхувальниками-юридичними особами є Заява Страхувальника, за формою, встановленою Страховиком до Заяви додається також Перелік Застрахованих осіб та Заява Застрахованої особи за формою Страховика, які є невід'ємними частинами Договору страхування. Заява Страхувальника повинна містити усі необхідні відомості про об'єкт Договору страхування, що заявляється на страхування, і бути підписана Страхувальником.

7.7.3. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі Сторін укласти Договір страхування. Однак, якщо Договір страхування буде укладено, всі відомості щодо об'єкту Договору страхування, які були наведені в заяві на страхування, формують основні дані укладеного Договору страхування. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних. Застрахована особа також несе відповідальність за повноту і правдивість інформації, наданої Страховику для укладання Договору страхування.

7.7.4. Рішення про прийняття на страхування або відмову Страховик приймає у 5-денний строк після одержання заяви. У разі відмови Страховика від укладення Договору страхування Страховик письмово повідомляє Страхувальнику аргументовані причини свого рішення.

7.7.5. Після підписання Договору страхування зі Страхувальником- юридичною особою, то йому видається один примірник Договору страхування, а кожна Застрахована особа для отримання медичних послуг повинна зареєструватися у ІІІО.

7.7.6. Договір страхування у паперовій формі видається Страхувальнику-юридичній особі впродовж трьох днів після одержання Страховим агентом страхового платежу, якщо інше не передбачене Договором страхування. Страховий агент надає Страхувальнику примірник договору страхування, укладеного у формі паперового документа, та додатки до нього (за наявності). Страховий агент не може надати Страхувальнику паперову або електронну копію (включаючи засвідчену) договору страхування та додатків до нього (за наявності) замість примірника договору страхування, укладеного у паперовій формі, та додатків до нього (за наявності).

7.7.7. Заява на страхування, Договір страхування та ці Загальні умови є юридичною основою взаємовідносин Страховика та Страхувальника (Застрахованої особи) і розглядаються як єдине ціле та становлять Договір страхування.

7.7.8. Сторони мають право укласти Договори страхування також і у інший спосіб, що не суперечить законодавству України.

7.8. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає страхувальник для оцінки ступеню страхового ризику, є:

- стан здоров'я Застрахованої особи, в т.ч. наявність/відсутність обмежень у страхуванні, а саме наявність встановленої інвалідності I, II групи, онкологічних захворювань, тяжких форм захворювання серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування), перебування на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансерах, центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом;

- обставини, які змінилися настільки, що якби вони були відомі при укладанні Договору

страхування, то цей Договір страхування взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Договори страхування за страховим продуктом «LILO©» укладаються строком на 1 (один) рік. Строк дії Договору по відношенню до кожної Застрахованої особи визначається Договором страхування.

8.2. Порядок набрання чинності Договору страхування:

8.2.1. За умови надходження на рахунок Страхового агента страхового платежу до 18 годин дня, в якому здійснювався платіж, то Договір страхування набирає чинності з 00 годин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на рахунок Страхового агента, але не раніше дати зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії.

8.2.2. В разі надходження на рахунок Страхового агента страхового платежу після 18 годин дня, в якому здійснювався платіж, то Договір страхування набирає чинності з 00 годин другої доби, що слідує за днем надходження страхового платежу на рахунок Страхового агента, але не раніше дати зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії.

8.2.3. Грошові кошти, сплачені Страхувальником Страховому агенту за договором страхування, вважаються такими, що сплачені Страховику.

8.3. У разі, якщо страховий платіж не був сплачений Страхувальником у строк, що встановлений у Договорі страхування, то Договір страхування щодо цього Страхувальника (Застрахованої особи) вважається неукладеним.

8.4. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині дати, що зазначена в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування, якщо не відбулось дострокового припинення дії Договору страхування.

8.5. Продовження дії Договору страхування шляхом внесення змін до діючих умов Договору страхування не можлива. Продовження договірних відносин між Страхувальником та Страховиком на новий строк можливе лише шляхом укладення нового Договору страхування.

8.6. Територія дії Договору страхування: Територія всіх країн світу, за виключенням зон воєнних конфліктів, територій України, на яких ведуться бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією України, перелік яких наведено у Наказі Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22.12.2022 № 309 (зі змінами та доповненнями), а також населених пунктів, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, перелік яких наведено у Розпорядженні КМУ №1085-р від 07.11.2014 р.(зі змінами та доповненнями).

8.7. Територія надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг Застрахованим особам:

- для надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг у мережі медичних закладів, що визначені асистуючою компанією - м. Київ;

- для забезпечення лікарськими засобами у мережі аптек, визначених асистуючою компанією

- територія України, за виключенням зон воєнних конфліктів, територій України, на яких ведуться бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією України, перелік яких наведено у Наказі Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22.12.2022 № 309 (зі змінами та доповненнями), а також населених пунктів, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, перелік яких наведено у Розпорядженні КМУ №1085-р від 07.11.2014 р. (зі змінами та доповненнями).

9. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПЕРЕХІД

ОБОВ'ЯЗКІВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ПРОТЯГОМ ЙОГО ДІЇ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ПЕРЕЛІКУ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

9.1. Зміни та доповнення до Договору страхування можуть бути внесені за взаємною згодою Страхувальника і Страховика. Всі зміни та доповнення цього Договору можуть бути оформлені шляхом підписання Сторонами Додаткової угоди до Договору страхування, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає, а також у інший спосіб та порядок, що не суперечить цим Загальним умовам та/або законодавству України.

9.2. Зміни, що можуть проводитись протягом дії Договору страхування:

1. Зміна Страхувальника;
2. Зміна Застрахованих осіб (включення та/або виключення Застрахованих осіб) до настання страхового випадку;
3. Зміна Клієнтських даних.

9.3. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбачуваної дати внесення змін, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

9.4. У разі незгоди будь-якої із Сторін на внесення змін у Договір страхування, протягом 30 (тридцяти) днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

9.5. У разі смерті Страхувальника-фізичної особи, який уклав Договір страхування на користь Застрахованих осіб, права Страхувальника можуть перейти до Застрахованих осіб, або до осіб, на яких відповідно до законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб, або за їх погодженням – до інших (третіх) осіб.

9.7. Якщо протягом дії Договору страхування Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.

9.8. Протягом дії Договору страхування права Страхувальника фізичної або юридичної особи можуть перейти до іншого Страхувальника фізичної або юридичної особи за (письмовим погодженням) згодою Застрахованої особи **та виключно в разі згоди** Страховика.

9.9. У разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи недієздатним права і обов'язки такої особи за договором страхування переходять до її опікуна, а дія договору страхування відповідальності припиняється з дня визнання особи недієздатною

9.10. У разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

9.11. У випадках та у порядку, передбаченому законодавством України, Страховик має право згідно з договором про передачу страхового портфелю з іншим страховиком- правонаступником, який має відповідну ліцензію на здійснення діяльності із страхування за класами страхування (ризиками в межах класу страхування), за якими укладається договір страхування за страховим продуктом «IIIО©», передати права та обов'язки за укладеними договорами медичного страхування. Якщо Страхувальник не згоден з передачею прав та обов'язків за договором страхування іншій страховій компанії, він має право достроково припинити дію договору страхування. При цьому передача Страховиком своїх прав та обов'язків за укладеними договорами страхування не вважається порушенням умов договору страхування з боку Страховика.

В такому випадку Страхувальник має право достроково припинити дію договору страхування, який входить до складу страхового портфелю, що передається, протягом трьох місяців з дати отримання повідомлення, визначеного частиною другою статті 56 Закону України «Про страхування». Нормативно-правовими актами Національного банку України можуть бути встановлені особливі умови дострокового припинення договорів страхування (у тому числі

обмеження на дострокове припинення) у зв'язку з передачею страхового портфеля.

9.12. В разі необхідності внесення змін до Переліку Застрахованих (включення або виключення осіб з Переліку Застрахованих осіб) Сторони укладають додаткову угоду. Сторони погодили, що уточнення Переліку Застрахованих здійснюється на підставі листа Страхувальника, що подається Страховику або Страховому агенту завчасно (до очікуваних дат включення або виключення осіб з Переліку Застрахованих осіб), до першого числа кожного наступного календарного місяця. Дата початку дії Договору страхування для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, а також дата завершення дії Договору страхування для осіб, що виключені з Переліку Застрахованих осіб визначаються відповідними додатковими угодами до Договору страхування Сторін на підставі листа Страхувальника.

9.12.1. Розрахунок додаткових страхових платежів за нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, при страхуванні на строк менше одного року (на час, що залишився до закінчення дії Договору страхування) здійснюється пропорційно фактичному строку дії Договору страхування для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, виходячи з розміру страхового платежу на одну Застраховану.

9.12.2. Розрахунок страхової суми для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, при страхуванні на строк менше одного року (на час, що залишився до закінчення дії Договору) здійснюється пропорційно фактичному строку дії Договору страхування для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб.

Страховий платіж, страхова сума при включенні Застрахованої особи до списку розраховуються за наступною формулою:

$(СП, СС)/n * m$

де:

СП – страховий платіж

СС – страхова сума

m – кількість днів фактичної дії страхового полісу по щойно прийнятій Застрахованій особі

n – кількість днів дії страхового полісу на щойно прийняту Застраховану особу.

9.12.3. Розрахунок частки страхового платежу до повернення Страхувальнику за виключених осіб з Переліку Застрахованих осіб розраховується лише в разі одноразової сплати річного розміру страхового платежу за відповідну Застраховану особу. Умови повернення часток страхових платежів за виключених осіб з Переліку Застрахованих осіб узгоджуються Сторонами в додатковій угоді.

Розрахунок частки страхового платежу до повернення Страхувальнику за виключених осіб з Переліку застрахованих осіб розраховується за формулою:

$СПч = СПф - (СПр * K/N) - (СПф * НВ) - СВ$, де

СПч – частка страхового платежу до повернення Страхувальнику за Застраховану особу, що виключається з Переліку Застрахованих осіб;

СПф – фактично сплачений страховий платіж за Договором страхування за Застраховану особу, що виключається з Переліку Застрахованих осіб;

СПр – річний страховий платіж (страховий платіж на 1 (одну) Застраховану особу/рік);

K – кількість днів від дати початку дії Договору страхування щодо відповідну Застрахованої особи до дати дострокового розірвання Договору страхування щодо цієї Застрахованої особи включно;

N – загальна кількість днів дії Договору страхування;

СВ - страхові виплати за Договором страхування щодо Застрахованого на дату розрахунку (сплачені, а також заявлені);

НВ - норматив витрат на ведення справи, що становить 35% від страхового платежу.

Датою дострокового розірвання Договору страхування щодо Застрахованої особи, яку виключено з Переліку Застрахованих осіб, вважається дата, що йде наступною за датою повідомлення Страхувальником про виключення відповідної особи з Переліку Застрахованих

особи, та відображається в додатковій угоді Сторін. Умови повернення часток страхових платежів за виключених осіб з Переліку Застрахованих осіб узгоджуються Сторонами в додатковій угоді.

9.12.4. Якщо до завершення строку дії Договору залишається менше 30 календарних днів, внесення нових осіб до списку Застрахованих осіб не здійснюється.

10. ПОРЯДОК ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

10.1. Дію Договору може бути достроково припинено за ініціативою будь-якої із Сторін Договору або за взаємною згодою Сторін.

10.2. Загальні підстави припинення дії Договору страхування:

- 1) Згода сторін.
- 2) Закінчення строку дії Договору страхування з 00 годин 01 хвилини дня, наступного за днем, визначеним у Договорі страхування як день закінчення його дії, при цьому Сторони не звільняються від повного виконання своїх обов'язків за Договором страхування.
- 3) Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі з дня остаточного розрахунку.
- 4) Несплата страхових платежів у встановлені Договором страхування строки.
- 5) Смерть Застрахованої особи. Якщо Договір страхування укладено з юридичною особою про страхування працівників цієї особи, то дія Договору страхування припиняється тільки відносно померлої Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 6) Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним, а також у разі, якщо:
 - його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
 - відсутній об'єкт страхування;
 - Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
 - у Страхувальника (Застрахованої) відсутній страховий інтерес.
- 7) Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.
- 8) Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування».
- 9) За ініціативою Страхувальника.
- 10) За ініціативою Страховика у випадку виявлення подання Страхувальником/Застрахованою особою недостовірних чи неповних відомостей щодо стану здоров'я це є підставою для відмови у виплаті виплати страхового відшкодування та припинення дії Договору страхування.
- 11) За ініціативою Страховика, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого договору та законодавством України.
- 12) У разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39-3 Податкового кодексу України.
- 13) В інших випадках, передбачених законодавством України.

10.3. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за ініціативою будь-якої із Сторін Договору або за взаємною згодою Сторін. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування.

10.3.1. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону, шляхом надсилання письмової заяви, не пізніше як за

30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.3.2. Дострокове припинення дії Договору за взаємною згодою Сторін здійснюється на підставі додаткового договору, що укладається Сторонами в письмовій формі. Умови дострокового припинення дії Договору в цьому випадку визначатимуться Сторонами в такому додатковому договорі. При достроковому припиненні договору страхування за згодою сторін, порядок повернення та розрахунку суми страхового платежу або його частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю сторін договору страхування.

10.3.3. При достроковому припиненні Договору страхування Страховик повертає частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування:

1) Страхувальнику або Застрахованій особі, якщо вона її сплатила – при достроковому припиненні за таких обставин:

- на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням страховиком умов договору страхування;
- на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов договору страхування;
- у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39-3 Податкового кодексу України;

2) особі, визначеній на підставі законодавства - при достроковому припиненні у разі ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи-підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування».

10.3.4. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає фактичній частці таких витрат та становить **35%** від розміру страхової премії (страхового платежу). Витрати Страховика, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування, дорівнюють нулю, якщо Страховик (Страховий агент) не зазначив їх розмір в договорі страхування.

10.3.5. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченого страхового платежу при достроковому припиненні дії договору страхування у разі:

- 1) вимоги Страхувальника при порушенні Страховиком умов Договору страхування;
- 2) вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;
- 3) припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля.

10.3.6. Повернення сплаченого страхового платежу або його частини здійснюється Страховиком у строки, визначені Договором страхування. Страховик зобов'язаний повернути страховий платіж або його частину не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії договору страхування, у разі відсутності встановленого у договорі страхування строку для такого повернення, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування».

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

10.3.8. При достроковому припиненні дії Договору страхування в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачений страховий

платіж не повертається.

10.3.9. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування відповідно до частини третьої статті 56 Закону України «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування.

10.4. Дія Договору страхування у разі його дострокового припинення закінчується о 24 годині дати, що зазначена у Додаткових угодах, повідомленнях як дата дострокового припинення строку дії Договору страхування.

10.5. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України та цими Загальними умовами.

10.6. Примірник договору страхування, що належить страхувальнику, після припинення дії договору страхування (уключаючи дострокове), здійснення страхової виплати залишається у страхувальника.

10.7. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від Договору страхування без пояснення причин, крім випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором страхування.

Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій або електронній формі за умови накладення кваліфікованого електронного підпису Страхувальника, шляхом надсилання заяви на поштову адресу Страховика або на електронну адресу Страховика dis@salamandra.ua.

Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку за Договором страхування, не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати припинення дії договору страхування.

10.8. В разі надходження повідомлення від Застрахованої особи, яка не є Страхувальником, протягом 30 календарних днів з дати укладення Договору страхування про наявність її заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається неукладеним на її користь. Страховик зобов'язаний протягом 1 (одного) робочого дня з дати отримання такого повідомлення від Застрахованої особи сповістити про цей факт Страхувальника шляхом надсилання СМС-повідомлення та засобами електронної пошти.

10.8.1. В такому випадку Страхувальник до спливу 30 календарних днів з дати укладення Договору страхування має право:

1) ініціювати внесення змін до договору страхування до настання страхового випадку щодо зміни Застрахованої особи за наявності письмової згоди такої особи та страховика або в разі якщо Договір страхування укладено зі Страхувальником юридичною особою – внести зміни до Переліку Застрахованих осіб;

Або

2) відмовитись від Договору страхування до спливу 30 календарних днів з дати укладення Договору страхування. У випадку подання вимоги Страхувальником про відмову від Договору до закінчення 30-денного терміну від дати укладення Договору у зв'язку із надходженням на адресу Страховика заперечень Застрахованої особи проти укладення договору страхування, Страхувальнику з урахуванням положень зазначених вище повертаються страхові платежі, здійснені ним за таким Договором страхування, протягом 10 (десяти) робочих днів на реквізити Страхувальника, вказані у його вимозі.

10.8.2. У випадку спливу 30 календарних днів з дати укладення Договору страхування та в разі відсутності пропозицій Страхувальника на внесення змін до Договору страхування щодо зміни Застрахованої особи або відсутності письмової (електронної) вимоги Страхувальника про відмову від Договору страхування у зв'язку із надходженням на адресу Страховика

заперечень Застрахованої особи проти укладення договору страхування, такий Договір страхування:

- 1) вважається неукладеним;
- 2) дія страхового покриття припиняється з 0 годин дня, наступного за 30 календарним днів з дати укладення Договору страхування та Страховик звільняється від зобов'язань за Договором страхування
- 3) Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачений страховий платіж у повному розмірі, за умови отримання письмового звернення Страхувальника.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ПО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

11.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору страхування та цих Загальних умов.

11.2. Права Страхувальника:

11.2.1. на роз'яснення Загальних умов страхового продукту «ШО©»;

11.2.2. укладати Договори страхування на свою користь, а для страхувальників -юридичних осіб - на користь третіх осіб (Застрахованих осіб), які згідно з умовами Договору страхування можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника.

11.2.3. на отримання інформації про хід виконання Договору страхування;

11.2.4. на відмову від Договору страхування в порядку, передбаченому пунктом 10.7. цих Загальних умов.

11.2.5. Страхувальник- юридична особа має право до настання страхового випадку змінити Застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування щодо:

- 1) включення до Переліку Застрахованих осіб нової особи;
- 2) виключення певної Застрахованої особи з Переліку застрахованих осіб;
- 3) заміни Застрахованої особи за Договором страхування на іншу особу з урахуванням за наявності письмової згоди Застрахованої особи, що замінюється, **та виключно в разі згоди Страховика.**

Виконання Страховиком своїх зобов'язань щодо однієї з Застрахованих за договором осіб, включення або виключення особи до/з Переліку застрахованих осіб та/або заміна Застрахованої особи не є підставою для зміни строку дії Договору страхування по відношенню до інших Застрахованих осіб та/або припинення такого Договору страхування в цілому.

11.2.6. отримати медичні послуги при настанні страхового випадку на умовах Договору страхування.

11.2.7. вимагати надання Застрахованим особам медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, передбачених Договором страхування, на відповідному якісному рівні.

11.2.8. контролювати обсяг та якість медичної допомоги, що надається Застрахованим особам медичними закладами згідно з умовами Договору страхування.

11.2.9. повідомляти Страховика/асистуючу компанію про випадки ненадання медичних послуг, неповного їх надання та випадки некоректної поведінки медичних працівників.

11.2.10. отримати дублікат Договору страхування (полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

11.2.11. вносити зміни до умов Договору страхування згідно з Розділом 9 даних Загальних умов.

11.2.12. достроково припинити дію Договору страхування згідно з умовами Розділу 10 даних Загальних умов.

11.2.13. оскаржити в порядку, передбаченому цими Загальними умовами та законодавством України, відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування.

11.2.14. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника, Застрахованої особи.

11.3. Обов'язки Страхувальника:

11.3.1. При укладанні Договору страхування або внесенні змін до нього надати інформацію Страховикові або Страховому агенту про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття страховиком рішення про укладення договору страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику, а також, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження та надати Страховику його результати.

11.3.2. Сплачувати страхові платежі в порядку, у строки та в обсягах, що визначені Договором страхування та цими Загальними умовами.

11.3.3. Повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір страхування.

11.3.4. Страхувальник-юридична особа зобов'язана надати Страховику інформацію про осіб, які підлягають страхуванню згідно з формою, затвердженою Страховиком. В разі зміни Застрахованих осіб, інформація передається в електронному вигляді в форматі файлу (розширення - *. XLS, Microsoft Excel), за вказаними електронними адресами Страховика та/або Страховому агенту ТОВ «ЛІЛО АСІСТЕНС», до 01 числа кожного нового календарного місяця у періоді страхування, з наступним наданням інформації, на паперовому носії до 15 дня кожного нового календарного місяця у періоді страхування.

11.3.5. Ознайомити Застраховану особу із умовами Договору страхування, Загальних умов та всіх додатків до них.

11.3.6. Сприяти наданню Страховику та/або асистуючій компанії Страховика права повного доступу до медичної документації Застрахованої особи;

11.3.7. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

11.3.8. На виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надати Страховику інформацію і документи, необхідні останньому для здійснення ідентифікації та верифікації Страхувальника та/або Застрахованої особи.

11.3.9. В разі якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, - повідомити асистуючу компанію про подію, що має ознаки страхового випадку у строки, передбачені Договором страхування, шляхом використання мобільного застосунку (додатку) LILO© або в інший спосіб, передбачений цими Загальними умовами або Договором страхування.

11.3.10. При настанні страхового випадку, діяти відповідно до Розділу 11 цих Загальних умов.

11.3.11. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком та/або асистуючою компанією Страховика, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

11.3.12. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

11.4. Права Страховика:

11.4.1. на отримання страхового платежу згідно з Договором страхування;

11.4.2. на отримання повної інформації щодо ступеня ризику за Договором страхування (стану здоров'я Застрахованої особи);

11.4.3. для належного виконання Договору страхування залучати асистуючу компанію, що має необхідне технічне забезпечення та персонал (експертів-консультантів з медичного страхування) для забезпечення цілодобового обслуговування Застрахованої особи згідно з Договором страхування;

11.4.4. на основі звернення Застрахованої особи та інформації з медичних закладів приймати рішення щодо визнання чи невизнання випадку страховим (віднесення того чи іншого захворювання до гострого чи хронічного, встановлення стадії загострення чи ремісії,

вирішення питання щодо дотримання лікування відповідно до Переліку медичних послуг та медикаментів або в обсязі, погодженому Асистуючою компанією, встановлення наявності обставин, що є виключеннями зі страхових випадків тощо);

11.4.5. Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію та виконання ним умов Договору страхування, на розслідування причин та обставин настання страхових випадків за Договором страхування (отримання повної інформації в медичних закладах щодо стану здоров'я Застрахованої особи та/або щодо отримання медичної допомоги Застрахованою особою, залучати незалежних медичних експертів в разі наявності спірних питань);

11.4.6. Має право у разі необхідності робити запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку.

11.4.7. відстрочити прийняття рішення про здійснення виплати страхового відшкодування у випадку появи сумнівів щодо дійсності страхового випадку до з'ясування обставин останнього, але на строк не більше 60 днів з моменту направлення повідомлення Страхувальнику про продовження строку складання страхового акту або про призначення розслідування або експертизи (дослідження).

11.4.8. відмовити у виплаті страхового відшкодування повністю або частково на підставі та у випадках, передбачених цими Загальними умовами або Договором страхування.

11.4.9. Відмовитись від укладання Договору страхування особи на підставі даних анкети про стан здоров'я, на підставі проведеного обстеження або на підставі відмови такої особи проходити медичне обстеження, або відмовитись від внесення змін до Договору страхування. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування з обґрунтуванням відповідної причини, якщо Страхувальник порушує умови Договору страхування. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, то дана вимога поширюється також на Застраховану особу.

11.4.10. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

11.5. Обов'язки Страховика:

11.5.1. до укладення Договору страхування визначити вимоги та потреби потенційного Страхувальника в страхуванні,

11.5.2. до укладення Договору страхування ознайомити потенційного Страхувальника із інформацією про страховий продукт «ІІІО©», про Страховика та про Страхового агента ТОВ «ЛІЛЮ АСІСТЕНС», через який реалізується про страховий продукт «ІІІО©»;

11.5.3. у разі настання страхового випадку організувати надання медичної допомоги та послуг Застрахованим особам, контролювати обсяг та своєчасність надання медичних послуг відповідно до умов Договору страхування;

11.5.4. здійснити виплату страхового відшкодування в порядку та у строки, що передбачені договором, що укладений між асистуючою компанією та медичним закладом/аптекою;

11.5.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

11.5.6. у разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування по письмовій вимозі від Страхувальника/Застрахованої особи повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів від дня прийняття рішення про відмову (складення страхового акту про відмову у здійсненні страхового відшкодування).

11.5.7. Видати (надіслати) Страхувальнику (та/або Застрахованій особі) його примірник Договору страхування (поліс, сертифікат), а у разі його втрати – дублікат.

11.5.8. Належним чином виконувати умови Договору страхування.

11.5.9. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

11.6. Права Застрахованої особи:

11.6.1. протягом 30 календарних днів з дати набрання чинності Договору страхування, повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування щодо себе.

11.6.2. в разі настання страхового випадку має право на організацію та фінансування Страховиком для Застрахованої особи медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому цими Загальними умовами, та на умовах, визначених Договором страхування;

11.6.3. повідомляти Страховика та/або асистуючу компанію про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного чи неякісного надання такої допомоги;

11.7. Обов'язки Застрахованої особи:

11.7.1. при зверненні до Страховика надати достовірну інформацію про стан свого здоров'я, а також повний доступ до медичної документації за страховим випадком;

11.7.2. повідомити асистуючу компанію про подію, що має ознаки страхового випадку у строки, передбачені Договором страхування, шляхом використання мобільного застосунку (додатку) ІІІО ;

11.7.3. дотримуватись плану лікування, погодженого асистуючою компанію та/або медичним закладом при зверненні Застрахованої особи;

11.7.4. виконувати рекомендації/ призначення експерта-консультанта з медичного страхування та/або персонального лікаря медичного закладу, а також дотримуватись розпорядку, встановленого медичним закладом, докладати всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків;

11.7.5. надати Страховику та асистуючій компанії право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та на час звернення, а також протягом всього строку дії Договору страхування;

11.7.6. надати Страховику та асистуючій компанії згоду на отримання даних в рамках даного Договору страхування від медичних закладів, діагностичних центрів, медичних лабораторій інформації, що містить персональні дані та чутливі персональні дані щодо стану здоров'я Застрахованої особи станом на поточну дату та минулий час, а також на період строку дії Договору страхування;

11.7.7. попередити працівників медичних закладів, лікаря про наявність укладеного щодо Застрахованої особи Договору страхування та можливість звернення Страховика/асистуючої компанії із запитом для отримання додаткової інформації стосовно її стану здоров'я, в тому числі, що містить персональні дані та чутливі персональні дані щодо стану здоров'я, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, та надати письмову згоду (при необхідності) на надання медичною установою такої інформації Страховику, асистуючій компанії.

11.7.8. при відмові або неможливості отримання запланованої медичної допомоги або послуги повідомити про це асистуючу компанію у мобільному застосунку (додатку) ІІІО© , як можна раніше, але не пізніше ніж за дві години до призначеного часу;

11.7.9. не виходити за межі страхового покриття (не перевищувати обсяг медичної допомоги та послуг, що були підтверджені асистуючою компанією при зверненні Застрахованої особи та передбачені Договором страхування), а в разі перевищення – самостійно оплатити вартість медичної допомоги та послуг, що не покриваються за Договором страхування;

11.7.10. самостійно ознайомлюватися із правилами підготовки до проведення досліджень діагностичних центрів, медичних лабораторій.

11.8. Страховик та Страхувальник, Застрахована особа може мати також інші права та обов'язки, передбачені Договором страхування, а також чинним законодавством України.

11.9. Якщо в будь-якої із Сторін змінюється найменування, прізвище, адреса, громадянство, податкове резидентство, банківські реквізити, місце роботи, стать, інші дані, що можуть вплинути на виконання обов'язків за Договором страхування, відповідна Сторона зобов'язана своєчасно повідомляти про це іншу Сторону.

12. ПОРЯДОК ДІЙ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.

12.1. З метою своєчасної організації надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг за страховим продуктом "ШО©" Страховик та асистуюча компанія, рекомендує Застрахованим особам, після укладення Договору страхування зареєструватися у мобільного застосунку (додатку) "ШО©".

12.2. Страхувальник/Застрахована особа шляхом реєстрації та використання мобільного застосунку (додатку) "ШО©" зобов'язана повідомити як тільки стане це можливим асистуючу компанію про настання події, що має ознаки страхового випадку, надати достовірну інформацію про характер, обставини страхового випадку та іншу інформацію, зазначену у Договорі страхування; пройти ідентифікацію та верифікацію відповідно до вказівок Страховика/асистуючої компанії.

12.3. Звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє йому це зробити самостійно, за телефоном асистуючої компанії 0800334364.

12.4. Страхувальник/Застрахована особа повинен узгодити з асистуючою компанією дату та час отримання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, та/або медикаментів, виключно у медичних закладах/аптеках, які запропоновані асистуючою компанією.

12.5. Страхувальник/Застрахована особа повинен особисто отримати медичну допомогу, медичні та/або інші послуги та/або медикаменти у медичних закладах/аптеках за направленням асистуючої компанії.

12.6. Медична допомога та послуги надаються відповідно до Переліку медичних послуг та медикаментів страхових захворювань, що є невід'ємним додатком до цих Загальних умов у медичних закладах чи інших установах, які передбачені умовами страхового покриття, за направленням асистуючої компанії або в обсязі, погодженому асистуючою компанією.

12.7. Підбір медичних закладів знаходиться у компетенції асистуючої компанії.

12.8. При зверненні до медичного закладу, медична допомога, медичні послуги Застрахованому надаються за умови попереднього погодження асистуючої компанії та пред'явлення документа, що посвідчує особу.

12.9. Самостійне звернення Застрахованої особи в медичний заклад або до аптеки (з подальшою компенсацією Страховиком самостійно витрачених коштів Застрахованому) не допускається та є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування.

12.10. Актуальний перелік медичних закладів/аптек, з якими асистуючою компанією укладені відповідні договори для виконання договорів медичного страхування за страховим продуктом «ШО©» міститься у програмному застосунку ШО та на веб-сайті Страховика за посиланням <https://salamandra.ua/lilo/> та на веб-сайті асистуючої компанії https://getlilo.com/medical_facilities.pdf.

12.11. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника при настанні страхового випадку, інший порядок звернення за медичною допомогою.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

13.1. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

13.2. Сума страхового відшкодування – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до цих Загальних умов та умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

13.3. Виплата страхового відшкодування здійснюється у разі настання страхового випадку на підставі страхового акта, складеного Страховиком шляхом оплати вартості медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, передбачених Договором страхування та умовами страхового покриття.

13.4. На умовах Договору страхування та цих Загальних умов Застрахованій особі надаються асистуючі послуги: здійснюється медикаментозне забезпечення, організуються та оплачується медична допомога, медичні та/або інші послуги, які надаються Застрахованій особі у медичних закладах за направленням асистуючої компанії, виключно у межах страхової суми, в обсязі, погодженому Асистуючою компанією або у межах Переліку страхових захворювань (страхових діагнозів), які входять до страхового покриття та не є винятками із страхових випадків, в межах переліку видів допомоги та послуг, визначених у Переліку медичних послуг та медикаментів, замовлених та підтверджених асистуючою компанією ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС" гарантійним листом або іншим шляхом, що передбачений відповідним договором.

13.5. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком в безготівковій формі через Асистуючу компанію ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС", яка діє від імені та за дорученням Страховика, та при настанні страхового випадку надає Застрахованій особі асистуючі послуги та оплачує медичну допомогу, медичні та/або інші послуги, що надаються Застрахованій особі.

13.6. Якщо з будь-яких причин (за бажанням Застрахованої особи, за вимогою третіх осіб, що надавали медичні послуги, тощо) вартість зазначених послуг сплатив Страхувальник (Застрахована особа) самостійно, то такі витрати не підлягають відшкодуванню Страховиком відповідно до цих Загальних умов, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.7. Перелік документів, умови та порядок оплати вартості медичних послуг визначаються умовами договорів, укладених між асистуючою компанією та медичними закладами/аптеками щодо організації та оплати медичної допомоги та послуг Застрахованим особам (в цьому випадку збір документів покладається на асистуючу компанію ТОВ "ЛІЛО АСІСТЕНС").

13.8. Оплата вартості медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, що передбачені цими Загальними умовами та погоджені Асистуючою компанією, здійснюється на підставі задокументованого звернення Страхувальника або Застрахованої особи до асистуючої компанії з приводу надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, рахунку медичного закладу із зазначенням діагнозу, переліку замовлених та погоджених Асистуючою компанією медичних послуг і їх вартості, загальної суми витрат на всі медичні послуги, що були або будуть надані Застрахованій особі (Застрахованим особам – кожній окремо), строків лікування, консультаційного висновку спеціаліста: форма № 028/о, завіреного печаткою медичного закладу та підписом відповідальних осіб, тощо (на вимогу Страховика).

13.9. Виплата страхового відшкодування аптеці за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, здійснюється на підставі рахунків та/або актів приймання-передачі наданих послуг, інших документів, які передбачені відповідними договорами з аптеками.

13.10. Страхові виплати іншій установі або закладу здійснюються на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги та їх вартість.

13.11. Загальна сума страхових відшкодувань (виплат) при настанні одного або декількох страхових випадків за Договором страхування, не може перевищувати розміру витрат третіх осіб на надання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг Застрахованій особі, а також розміру страхової суми/ліміту, вказаних у Договорі страхування.

13.12. Страхова виплата здійснюється тільки після перевірки всіх наданих Страховику/асистуючій компанії документів, що підтверджують настання страхового випадку. У деяких випадках можливе проведення медичного обстеження Застрахованої особи за вимогою Страховика.

13.13. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхову суму.

13.14. Строк прийняття рішення щодо виплати страхового відшкодування за страховим випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів від медичних закладів та аптек. Протягом вказаного строку Страховик:

13.14.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхового відшкодування та рішенням щодо виплати страхового відшкодування;
або

13.14.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування, про що повідомляє про це Страхувальника/Застраховану особу в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів від дня прийняття рішення про відмову (складення страхового акту про відмову у здійсненні страхового відшкодування).

13.15. Строк здійснення виплати страхового відшкодування становить 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дати складання страхового акту, якщо менший строк не передбачений відповідними договорами, укладених між асистуючою компанією та медичними закладами/аптеками. Днем здійснення виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з рахунку асистуючої компанії на рахунок одержувача страхового відшкодування. Здійснення страхової виплати підтверджується відповідним платіжним документом.

13.16. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації події як страхового випадку, причин та обставин, розміру страхової виплати та виникнення сумнівів у Страховика або в асистуючій компанії щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, прийняття Страховиком рішення про виплату або відмову у здійсненні страхової виплати може бути відстрочено, але не більше, ніж на 60 календарних днів з моменту направлення повідомлення Страхувальнику про продовження строку складання страхового акту або про призначення розслідування або експертизи (дослідження).

13.17. Страховик та асистуюча компанія має право письмово вимагати інші документи, які уточнюють обставини настання та характер страхового випадку при здійсненні страхового відшкодування.

13.18. У разі порушення кримінального провадження, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, що стосується настання події, що має ознаки страхового випадку, рішення про виплату страхового відшкодування приймається після закінчення досудового слідства (закриття провадження) або ухвалення вироку у кримінальному провадженні, або винесення постанови чи ухвали суду про застосування примусових заходів медичного характеру, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній (господарській справі). В цьому випадку строк прийняття рішення про виплату страхового відшкодування може бути продовжений до 12 місяців з дати порушення кримінального провадження, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства.

14. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

14.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором страхування, цими Загальними умовами та законодавством України.

14.2. За несвоєчасне здійснення грошових зобов'язань перед Страхувальником, Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику, пені у розмірі 0,01% від розміру грошового зобов'язання за кожен день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше 10% від розміру грошового зобов'язання.

14.3. У разі порушення Страховиком строку виплати страхового відшкодування, Страховиком сплачується неустойка (пеня) у розмірі, що визначений договором, що укладений між Страховиком та асистуючою компанією. Також Страховик зобов'язаний відшкодувати Асистуючій компанії всі документально підтверджені збитки, що завдані Асистуючій компанії, внаслідок невиконання або несвоєчасного виконання Страховиком зобов'язань по перерахуванню коштів, призначених для виплати страхових відшкодувань за договором, що укладений між Страховиком та асистуючою компанією.

14.3. Сторони звільнюються від відповідальності за порушення зобов'язань за Договором страхування при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин: ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму, військових дій тощо.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

15.1. Всі спори та розбіжності, що виникають з Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів.

15.2. Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг (користувачів фінансових послуг), можливість та порядок позасудового розгляду скарг та порядок врегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансових послуг:

Страховик здійснює розгляд звернень споживачів (користувачів) у відповідності до Закону України «Про звернення громадян», перелік контактних даних Страховика зазначено у Розділі 16 цих Загальних умов, реквізитах Страховика у Договорі страхування та на веб-сайті Страховика за посиланням <https://salamandra.ua/contacts/>

Страхувальник або Застрахована особа має право на звернення:

1) до ПрАТ «СК «Саламандра»:

письмово, шляхом надсилання звернення поштою, за адресою місцезнаходження ПрАТ «СК «Саламандра»: 36019, Полтавська обл., місто Полтава, вул. Колективна, буд. 10

в електронній формі на адресу: dis@salamandra.ua

усно (особисто або за допомогою засобів телефонного зв'язку за номером телефону: 0733209209, 209)

2) до Національного банку України, наділеного функцією по здійсненню захисту прав споживачів (користувачів) за контактною інформацією на сторінці офіційного Інтернет представництва Національного банку України: <https://bank.gov.ua/>:

в електронній формі використовуючи онлайн-форму на веб-сайті НБУ, або на електронну пошту nbu@bank.gov.ua;

письмово, шляхом надсилання листа разом із документами на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9.

Розгляд вищевказаних звернень, які повинні бути подані у письмовому (електронному) вигляді, здійснюється у порядку та строки, передбачені Законами України «Про захист прав споживачів» та «Про звернення громадян».

1.3. У випадку неможливості врегулювання спірних питань, Страхувальник або

Застрахована особа може звернутися до судових органів у порядку, визначеному законодавством України.

**16. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ
ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.**

16.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник або Застрахована особа повідомляє асистуючу компанію шляхом надсилання повідомлення у мобільного застосунку (додатку) **ШО**.

16.2. Звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє йому це зробити самостійно, за телефоном асистуючої компанії 0800334364.

Додаток 1. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (СТРАХОВИХ ДІАГНОЗІВ).

Додаток 2. ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА МЕДИКАМЕНТІВ СТРАХОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

Додаток 3. ПЕРЕЛІК НЕСТРАХОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (НЕСТРАХОВИХ ДІАГНОЗІВ).