



РЕСПЕКТ
СТРАХОВА КОМПАНІЯ

**ПУБЛІЧНА ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА) НА УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ
КОМПЛЕКСНОГО ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ: МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ТА
СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»**

м. Одеса

«22» травня 2020 р.

Дана публічна пропозиція (оферта) є офіційною пропозицією **ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «РЕСПЕКТ»** (надалі - Пропозиція), код ЄДРПОУ – 22448445 (надалі – Страховик), Ліцензія Серія АВ №584120, видана Держфінпослуг України 10.05.2011 р., Ліцензія, видана Нацкомфінпослуг 13.04.2017 р., що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (надалі - Страхувальники), укласти із Страховиком електронний договір комплексного добровільного страхування: медичного страхування та страхування від нещасних випадків «Телемедицина» за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента відповідно до «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» №9-03/17, затверджених Страховиком 21.03.2017 р. та зареєстрованих Нацкомфінпослуг 13.04.2017 р. за №0317125 зі Змінами №1 від 27.06.2017 р. за №0317198, «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» №2-04/07, затверджених Страховиком 05.04.2007 р. та зареєстрованими Держфінпослуг України 10.05.2007 р., зі Змінами та доповненнями від 03.12.2009 р. за №0290680; Змінами №2 від 27.06.2017 р. за №0217194 (надалі – Правила страхування) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію».

Пропозиція розміщена на сайті Страховика за посиланням: http://respectins.com/wp-content/uploads/2020/05/oferta_telemedicina.pdf

Правила страхування розміщені на сайті Страховика за посиланням:

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/pravila_neschastn_vipadkiv.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_pravil_neschastn_vipadkiv.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_2_pravil_neschastn_vipadkiv.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/pravila_med_strah.pdf

http://respectins.com/wp-content/uploads/2017/05/zmini_pravil_med_strah.pdf

Місцезнаходження Страховика: 65029, м. Одеса, вулиця Князівська, будинок 15, оф. 1. Контактний телефон: (048) 737-75-11. Адреса електронної пошти: respect@respectins.com.

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

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

ВИГОДОНАБУВАЧ – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Електронний договір страхування (надалі - Договір) - електронний договір комплексного добровільного страхування: медичного страхування та страхування від нещасних випадків «Телемедицина»;

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання Договору або отримання страхового відшкодування;

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

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

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

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

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

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій Пропозиції умов комплексного добровільного страхування: медичного страхування та страхування від нещасних випадків «Телемедицина» (надалі – Умови).

2.2. Укладання Договору здійснюється на підставі даної Пропозиції, що розміщується на сайті Страховика за посиланням:

http://respectins.com/wp-content/uploads/2020/05/oferta_telemedicina.pdf

та його страхових агентів.

2.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Пропозиції Страхувальником вважається заповнення Електронної заяви на укладання Договору та підписання Електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення Електронної заяви Страхувальником не зобов'язує його укласти Договір, у разі відсутності електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором Договір вважається неукладеним. Заповненням Електронної заяви про укладення Договору Страхувальник узгоджує всі істотні умову Договору, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору та ін.

2.4. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї Пропозиції укладуть Договір за допомогою ІТС Страховика та його страхових агентів, він вважається укладеним у електронній формі.

2.5. Факт укладання Договору посвідчується Електронним договором комплексного добровільного страхування: медичного страхування та страхування від нещасних випадків «Телемедицина» (надалі - Договір), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Страхувальником у Електронній заяві на укладання Договору.

2.6. Договір направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Договору, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

2.7. Сторони домовилися, що відправка Договору та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Договору та повідомлення Страхувальнику.

Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється в письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

2.8. Сторони узгодили, що Договір, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитку печатки Страховика, зразок яких відображено у Розділі 4 Умов цієї Пропозиції.

2.9. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника.

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

3. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ПО ДОГОВОРУ

3.1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1.1. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать закону, пов'язані із:

3.1.1.1. здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи – за добровільним медичним страхуванням (надалі – медичне страхування);

3.1.1.2. життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи – за добровільним страхуванням від нещасних випадків (надалі – страхування від нещасних випадків).

3.1.2. Вигодонабувачем за Договором є:

3.1.2.1. при медичному страхуванні – Застрахована особа;

3.1.2.2. при страхуванні від нещасних випадків: у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності – опікун; у разі обмеження дієздатності – піклувальник; у разі тимчасової (стійкої) втрати працездатності (розладу здоров'я) – Застрахована особа.

3.2. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.2.1. При медичному страхуванні:

3.2.1.1. Страховими ризиками є розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, загострення хронічного захворювання та/або нещасного випадку.

3.2.1.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи час дії Договору з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання та (або) нещасного випадку з метою отримання консультативно-діагностичних послуг, передбачених даним Договором, а саме:

3.2.1.2.1. медичні дистанційні консультації (письмові або усні) із застосуванням телемедичних технологій (по телефону, через інтернет-сайт або через мобільний додаток, в форматі спілкування: відео, аудіо або чат) без постановки діагнозу в рамках надання первинної медико-санітарної допомоги з питань, що знаходяться в компетенції лікаря відповідно до обраної програми. За програмою «**Family doctor**» передбачена можливість отримати необмежену кількість консультацій лікарів (в тому числі лікарів вузької спеціалізації) для самої Застрахованої особи, її подружжя та усіх дітей віком до 18 років. За програмою «**Favorite doctor**» передбачена можливість отримати необмежену кількість консультацій лікарів (в тому числі лікарів вузької спеціалізації) тільки для Застрахованої особи. За програмою «**Super doctor**» передбачена можливість отримати необмежену кількість консультацій терапевтів та педіатрів та 5 консультацій вузьких спеціалістів тільки для Застрахованої особи. Обрана програма вказується в Розділі 2 Договору;

3.2.1.2.2. послуги спеціалізованої служби Страховика (надалі - Медичний асистанс) в цілодобовому телефонному режимі, що стосуються надання консультаційних послуг з приводу:

- організації консультацій вузьких спеціалістів за рахунок Застрахованої особи;

- вибору лікувально-профілактичної установи (надалі – ЛПУ), аптечного пункту в залежності від місця знаходження Застрахованої особи;

- підготовки до здачі аналізів, підготовки до консультацій лікарів вузької спеціалізації, прийому ліків, проведення інструментальних досліджень;

- замовлення ліків та товарів медичного призначення за рахунок Застрахованої особи.

3.2.2. При добровільному страхуванні від нещасних випадків:

3.2.2.1. За умовами Договору Страхувальником є нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою.

3.2.2.2. Страхувальником є подія, яка відбулась і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику, Застрахованій особі або Вигодонабувачу, а саме:

3.2.2.2.1. ушкодження здоров'я Застрахованої особи, передбаченого у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» №2-04/07, затверджених Страховиком 05.04.2007 р. та зареєстрованих Держфінпослуг України 10.05.2007 р. за №0271368, внаслідок нещасного випадку;

3.2.2.2.2. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

3.3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.3.1. На страхування **не приймається особа, яка на момент укладання Договору:**

3.3.1.1. визнана у встановленому порядку недієздатною;

3.3.1.2. є інвалідом I та II групи інвалідності;

3.3.1.3. страждає на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), СНІД, психічно хвора, а також особа, що знаходиться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).

3.3.2. Страховик має право достроково припинити дію Договору, якщо буде встановлено факт відношення Застрахованої особи до осіб, зазначених у п. 3.3.1. Сплачені за такими договорами страхові платежі за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, повертаються Страховальнику.

3.3.3. **При страхуванні від нещасних випадків** не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

3.3.3.1. вчинення або спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій;

3.3.3.2. дій Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

3.3.3.3. самогубства або замаху на самогубство Застрахованої особи за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, підтвердженими документами компетентних органів;

3.3.3.4. вчинення Вигодонабувачем (спадкоємцем Застрахованої особи) навмисного злочину, що призвів до загибелі або смерті Застрахованої особи;

3.3.3.5. навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від її психічного стану, самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;

3.3.3.6. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або без права на керування таким транспортним засобом, передачі управління транспортним засобом особі, яка знаходилася у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не мала права на керування таким транспортним засобом.

3.3.4. **При страхуванні від нещасних випадків** страховик не несе відповідальності за Договором, якщо подія сталася:

3.3.4.1. під час надзвичайного, особливого чи військового стану оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору;

3.3.4.2. під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту, за винятком випадків, коли Застрахована особа не приймала безпосередню участь в цих подіях і була визнана як жертва;

3.3.4.3. у випадку впливу ядерної енергії, у тому числі взаємодії з радіоактивними речовинами;

3.3.4.4. внаслідок протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та

посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку.

3.3.5. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

3.4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКІ СТОРІН

3.4.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

3.4.1.1. ознайомитись з умовами Договору та Правилами;

3.4.1.2. отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом строку дії Договору;

3.4.1.3. ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору та/або дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика;

3.4.1.4. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату або розмір страхової виплати;

3.4.1.5. у разі настання страхового випадку отримати медично-консультаційну допомогу, передбачену обраною програмою.

3.4.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.4.2.1. при укладанні Договору страхування та під час його дії надавати інформацію Страховику в строк не пізніше 7-ми календарних днів з дати, коли Страхувальник дізнався або повинен був дізнатися про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня ризику, а також у подальшому інформувати Страховика про будь-які зміни страхового ризику;

3.4.2.2. вчасно вносити страхові платежі у розмірах та в строки, обумовлені в Договорі;

3.4.2.3. повідомити Страховика про настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок, у строк, передбачений Договором;

3.4.2.4. забезпечити належне зберігання оригіналу Договору (картки – у разі видачі), у разі втрати Договору протягом 2-ох робочих днів письмово повідомити про це Страховика;

3.4.2.5. якщо після здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати, Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику виплачену страхову виплату протягом 30-ти робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги Страховика.

3.4.3. Страховик має право:

3.4.3.1. перевіряти достовірність наданих Страхувальником відомостей, вимагати надання додаткових документів, що мають істотне значення для визначення ступеня ризику, у будь-який момент строку дії Договору;

3.4.3.2. робити запити про відомості, пов'язані з настанням події (в тому числі тієї, яка є лікарською таємницею), яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ організацій, що можуть володіти інформацією про обставини настання події, з питань, пов'язаних з розслідуванням причин, обставин і визначенням розміру завданого збитку;

3.4.3.3. брати участь у заходах, спрямованих на запобігання та зменшення заподіяної шкоди, за власною ініціативою та за власні кошти (самостійно або з залученням експертів) з'ясовувати причини та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, вимагати від Страхувальника надання інформації, необхідної для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати. Зазначені дії Страховика не є підставою для визнання Страховиком події страховим випадком;

3.4.3.4. у разі зміни обставин, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику, та збільшення ступеня страхового ризику протягом строку дії Договору вимагати від Страхувальника внесення змін до Договору та сплати додаткового страхового платежу. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору та/або сплати додаткового страхового платежу, достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань;

- 3.4.3.5. ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору та/або дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором з письмовим повідомленням Страхувальника;
- 3.4.3.6. вимагати від Страхувальника повернення отриманої ним страхової виплати, якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють одержувача страхової виплати на підставі умов Договору права на одержання страхової виплати;
- 3.4.3.7. відмовити у здійсненні страхової виплати, на підставах, передбачених Договором;
- 3.4.3.8. відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову в здійсненні страхової виплати та провести з'ясування обставин настання події із Застрахованою особою або замовити проведення незалежної експертизи з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру збитків, завданих настанням події – у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та сплату послуг та зазначені в п. 3.5., у строк не пізніше 30-ти календарних днів з дати настання страхового випадку, у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30-ти календарних днів з дня виписки із стаціонару.
- 3.4.4. Страховик зобов'язаний:
- 3.4.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;
- 3.4.4.2. протягом 2-ох робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що може бути кваліфікована як страховий випадок, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 3.4.4.3. прийняти рішення про здійснення страхової виплати або про відмову в здійсненні страхової виплати після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) документів, що підтверджують факт, обставини, причини настання страхового випадку, розмір завданої внаслідок страхового випадку шкоди (збитку), та інших документів, передбачених Договором;
- 3.4.4.4. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені в 0,02 % від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 10% від суми заборгованості;
- 3.4.4.5. за заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, або збільшення ступеня страхового ризику протягом 5-ти робочих днів з моменту отримання відповідної заяви Страхувальника переукласти Договір або внести зміни до умов Договору, або припинити його дію;
- 3.4.4.6. при наявності підтверджених фактів передавання Застрахованою особою Договору іншим особам, достроково припинити дію Договору;
- 3.4.4.7. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

3.5. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 3.5.1. При медичному страхуванні Страхувальник (Застрахована особа) повинен:
- 3.5.1.1. для отримання медичних послуг, передбачених п. 3.2.1.2.1., зайти в особистий кабінет на сайті <https://likaronline.com.ua> або через мобільний додаток «Лікар Онлайн», зареєструватись, ввівши логін та пароль, який був виданий Страховиком впродовж двох робочих днів з моменту укладання Договору, та направити запит на надання медичної консультації з лікарем.
- 3.5.1.1.1. Медичні консультації надаються лікарем, який був обраний Застрахованою особою у разі попереднього запису на консультацію або сервісом «Лікар онлайн» - у разі термінової консультації.
- 3.5.1.1.2. Послуга полягає в наданні Застрахованій особі усних або письмових консультацій з питань, віднесених до компетенції лікаря. Застрахованій особі надаються консультації з усіх питань, за винятком:
- питань, за якими лікар не може сформулювати свою професійну думку з огляду на технічну неможливість провести огляд і інші маніпуляції з Застрахованою особою дистанційним способом;
 - для яких необхідно отримати додаткову інформацію (результати оглядів, аналізів та ін.).
- 3.5.1.1.3. Застрахована особа до надання медичної консультації може надати медичній організації інформацію про встановлені Застрахованій особі діагнози, перенесені захворювання, відомих йому

алергічних реакціях, протипоказання, пересилає Медичній організації скан-копії необхідних документів з використанням Сервісу «Лікар Онлайн».

3.5.1.1.4. При наданні медичних консультацій медична організація інформує Застраховану особу про фахівців, до яких слід звернутися для постановки/підтвердження/уточнення діагнозу, про рекомендовані методи діагностики, лікування, пов'язаних з ними ризики, їх наслідки та очікувані результати та надає іншу подібну інформацію.

3.5.1.1.5. За підсумками надання медичної консультації медичною організацією складається Медичний висновок (Висновок лікаря). Медичний висновок (Висновок лікаря) не є діагнозом.

3.5.1.2. для отримання медичних послуг, передбачених п. 3.2.1.2.2., Застрахована особа повинна звернутись до Медичного асистансу Страховика за телефонами:

+38 050 010-98-08 (viber), +38 095 005-11-03 (telegram).

3.5.2. **При страхуванні від нещасних випадків** у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Страхувальник (Застрахована особа) повідомляє Страховика про її настання протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання страхового випадку за телефоном за номерами:

+38048 737-75-11, +38 050 010-98-08, +38 095 005-11-03

електронною поштою на адресу: respect@respectins.com

та надає письмову заяву про настання Події за формою, встановленою Страховиком.

3.5.2.1. У випадку, коли з поважних причин це було неможливим, Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач повинен повідомити Страховика про страховий випадок у той же термін з моменту, коли з'явилась така можливість. При цьому, Страховик має право вимагати письмового обґрунтування причин відстрочки повідомлення про настання страхового випадку.

3.5.2.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач (спадкоємці Застрахованої особи) повинні надати Страховику необхідні документи згідно п. 3.5.3.

3.5.3. **При страхуванні від нещасних випадків** для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову в здійсненні виплати та визначення його розміру, Страхувальник та/або одержувач страхової виплати зобов'язаний надати Страховику такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України:

3.5.3.1. Заяву про страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

3.5.3.2. Договір або його дублікат, що належить Страхувальнику;

3.5.3.3. документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати (відшкодування) та підтверджують право на отримання страхової виплати (страхового відшкодування);

3.5.3.4. Акт про нещасний випадок на виробництві або в побуті (форми Н-1 або НТ), а в разі його відсутності – документ ЛПУ з підтвердженням факту отримання травми;

3.5.3.5. Документ відповідного компетентного державного органу (МВС, ДСНС тощо) про факт та обставини настання нещасного випадку, якщо представника зазначеного компетентного органу було викликано на місце події;

3.5.3.6. У разі смерті (загибелі) Застрахованої особи:

- оригінал або нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть;

- лікарське свідоцтво (фельдшерську довідку) про смерть або довідка лікувального закладу про причину смерті;

- матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті, якщо таке розслідування проводилося;

- оригінал документа, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

3.5.3.7. у разі тимчасової втрати працездатності, травматичного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи – листок непрацездатності (для осіб, працюють);

3.5.3.8. інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру заподіяної шкоди, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхової виплати.

- 3.5.4. Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору на підставі письмової Заяви Страхувальника або особи, яка має право на одержання страхової виплати, про здійснення страхової виплати та Страхового акту, який складає Страховик за формою, визначеною Страховиком.
- 3.5.5. При страхуванні від нещасних випадків протягом 30-ти (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати відповідно до п. 3.5.3., Страховик:
- 3.5.5.1. приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складання Страхового акту за визначеною Страховиком формою та протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня складання Страхового акту здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок одержувача страхової виплати;
- 3.5.5.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;
- 3.5.5.3. приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати згідно з п. 3.5.7. та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10-ти (десяти) робочих днів з дня такого прийняття.
- 3.5.6. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин та розміру збитків, кожна із Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає проведення такої експертизи. У разі визнання події страховим випадком, Страхувальнику відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.
- 3.5.7. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати якщо:
- 3.5.7.1. у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90-то (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, інших документів відповідно до п. 3.5.3.;
- 3.5.7.2. на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або експертизу у незалежного фахівця (експерта), який відповідно до законодавства України має належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик приймає рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати не пізніше 15-ти (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, інших документів відповідно до п. 3.5.3.;
- 3.5.7.3. органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 3.5.
- 3.5.8. **При медичному страхуванні** страхова виплата здійснюється шляхом оплати вартості одержаних консультативно-діагностичних послуг.
- 3.5.9. **При страхуванні від нещасних випадків розмір страхової виплати визначається наступним чином:**
- 3.5.9.1. у разі смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку – 100 % страхової суми, встановленої за добровільним страхуванням від нещасних випадків;

3.5.9.2. у разі травматичного ушкодження або іншого розладу здоров'я, передбаченого Таблицею №1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку №1 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» №2-04/07, затверджених Страховиком 05.04.2007 р. та зареєстрованих Держфінпослуг України 10.05.2007 р. за №0271368, внаслідок нещасного випадку – у розмірі відповідного відсотка, зазначеного у Таблиці № 1 «Ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмір страхових виплат по страховим випадкам» Додатку № 1 до «Правил добровільного страхування від нещасних випадків» №2-04/07, затверджених Страховиком 05.04.2007 р. та зареєстрованих Держфінпослуг України 10.05.2007 р. за №0271368, від страхової суми, встановленої за добровільним страхуванням від нещасних випадків;

3.5.9.3. якщо нещасний випадок призвів до розладу здоров'я та Застрахованій особі (Вигодонабувачу) була здійснена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж страхового випадку настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється в розмірі страхової суми, встановленої за добровільним страхуванням від нещасних випадків за вирахуванням раніше здійсненої страхової виплати. При цьому загальний розмір страхових виплат за одним страховим випадком, що стався в період дії Договору, не може перевищувати страхову суму, встановлену у Договорі.

3.5.10. Загальний розмір страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати відповідну страхову суму, обумовлену Договором.

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

3.5.11.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського або службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та репутації. Кваліфікація зазначених осіб визначається відповідно до чинного законодавства України;

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

3.5.11.3. надання Страхувальником (особою, яка має право на отримання страхової виплати) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

3.5.11.4. неповідомлення Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;

3.5.11.5. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання події що має ознаки страхового випадку, у передбачений Договором строк, або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

3.5.11.6. настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з п. 3.3.

3.6. УМОВИ ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

3.6.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Сторін протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової згоди.

3.6.1.1. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30-ть календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.

3.6.1.2. Зміни до умов Договору страхування оформлюються додатковою угодою до діючого Договору страхування та є його невід'ємною частиною.

3.6.1.3. Якщо будь-яка із Сторін незгодна на внесення змін в Договір страхування, протягом п'яти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

3.6.2.1. закінчення його строку дії;

3.6.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

3.6.2.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

- 3.6.2.4. прийняття судом рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 3.6.2.5. смерті Страхувальника - фізичної особи або втрати дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством;
- 3.6.2.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому діючим законодавством України;
- 3.6.2.7. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 3.6.3. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30-ть календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.
- 3.6.4. У разі дострокового припинення Договору на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 40% страхового платежу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 3.6.5. У разі дострокового припинення Договору на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 40% страхового платежу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

3.7. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

- 3.7.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 3.7.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил, застосовуються умови, визначені Договором.

4. ОСОБЛИВІ УМОВИ

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



- (зразок аналогу власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відбитку печатки Страховика).
- 4.2. У разі акцепту зазначеної Пропозиції фізичною особою, що визначається згідно з умовами преамбули цієї Пропозиції, Договір укладається з використанням Страховиком аналогу власноручного підпису та факсимільного відтворення печатки:
- вважається таким, що укладений з наміром створити правові наслідки, що обумовлені таким Договором ;
 - не вчинено з наміром приховання іншого правочину, що вчиняється Сторонами Договору;
 - при укладанні Сторони цілком розуміють природу правочину, що вчиняється, права та обов'язки Сторін, що виникають на підставі цього Договору;
 - Сторони цілком розуміють всі обставини, що мають істотне значення для укладення Договору;
 - не існує будь-яких обставин, що можуть перешкодити Сторонам у вчиненні Договору.

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



(Підпис уповноваженої особи Страховика та відбиток печатки Страховика).