

ДОГОВІР
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

м. Дніпро

Оферта № 01/ДМС/Group

Дата оферти 07.05.2019 р.

1. **СТРАХОВИК – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «САЛАМАНДРА»**, Ліцензія на здійснення добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) згідно Розпорядження Нацкомфінпослуг № 555 від 15.03.2016 р. Страховик в цьому Договорі іменується «Компанія».
2. **СТРАХУВАЛЬНИК** – Страхувальником за цим Договором є особа, яка приєдналась до цього Договору в порядку, передбаченому статтею 634 ЦКУ, підписавши Страховий поліс, в порядку передбаченому цим Договором. Страхувальник в цьому Договорі іменується «Клієнт». Інформація (прізвище, ім'я, по-батькові, адреса та дата народження) про Клієнта зазначається в Страховому полісі.

3. ЗАСТРАХОВАНІ

- 3.1. Цей Договір укладений його Сторонами про страхування третіх осіб (Застрахованих, інформація про яких вказана в Страховому полісі) за їх згодою.
- 3.2. Застрахованою особою за цим Договором є фізична особа, вказана у Страховому полісі.
- 3.3. На умовах цього Договору не можуть бути Застрахованими:
 - 3.3.1. особи у віці молодше 1 року, а також особи віком 60 років і старше;
 - 3.3.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних та інших диспансерах;
 - 3.3.3. інваліди будь якої групи.
- 3.4. Прийняття на страхування осіб віком 60 років і старше та/або осіб з встановленою будь-якою групою інвалідності здійснюється виключно на підставі заповненої декларації про стан здоров'я (із зазначенням діагнозу, який став причиною інвалідності), при цьому при розрахунку страхового платежу Компанією може бути застосований підвищуючий коефіцієнт за результатом аналізу декларації про стан здоров'я.

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

- 4.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованого.

5. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ

- 5.1. Цей Договір укладається відповідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 0380904 від 05.06.2008 р. – далі по тексту Правила.
- 5.2. Акцептуючи цей Договір, Клієнт підтверджує, що ознайомлений з Правилами.

6. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 6.1. Страховим випадком є звернення Застрахованого до Медичного закладу протягом строку дії Договору в зв'язку з настанням страхових ризиків, перелічених у п. 6.2. Договору, які відбулися протягом строку дії Договору та потребують надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування та цим Договором.
- 6.2. Перелік страхових ризиків:
 - 6.2.1. гостре захворювання;
 - 6.2.2. загострення хронічного захворювання;

- 6.2.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;
- 6.2.4. інші випадки, передбачені Програмою страхування.

6.3. Подія визнається Компанією страховим випадком, якщо така подія:

- сталась протягом оплаченого періоду страхування;
- відбулася на території дії Договору;
- передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених цим Договором та додатками до нього;
- не є виключенням зі страхових випадків.

7. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОКИ СПЛАТИ

7.1. Страхова сума, страховий тариф та страховий платіж, а також строк сплати страхового платежу за Договором встановлюється у Страховому полісі відповідно до обраної Програми страхування, що міститься в Додатку № 1 до цього Договору.

7.2. Страховий платіж може бути збільшений з врахуванням «валютного застереження», а саме:

7.2.1. Якщо протягом строку дії Договору курс гривні до долара США збільшиться більше, ніж на 10% порівняно з співвідношенням курсів цих валют за даними НБУ на дату укладення цього Договору (або на дату останнього перерахунку страхового платежу з приводу цього «валютного застереження»), то на вимогу Компанії Клієнт повинен сплатити додатковий страховий платіж, що визначається додатковою угодою Сторін та розраховується за формулою:

$$\text{СПд} = \text{СПб} / \text{N} * \text{K} * 1,05 * (\text{K2} / \text{K1} - 1), \text{ де:}$$

СПд – додатковий страховий платіж;

СПб – базовий страховий платіж (загальний річний страховий платіж, нарахований за Договором, з урахуванням всіх додаткових угод);

K – кількість днів від дати розрахунку до кінця дії Договору;

N – загальна кількість днів дії Договору згідно з Розділом 1;

K2 – курс гривні до долара США за даними НБУ на дату розрахунку;

K1 – курс гривні до долара США за даними НБУ на дату укладення цього Договору (або на дату останнього перерахунку страхового платежу за Договором з приводу «валютного застереження»);

1,05 – коефіцієнт збільшення страхового платежу в порівнянні зі збільшенням курсу гривні до долара США.

7.2.2. В разі неукладення додаткової угоди, зазначеної в п.7.2.1. цього Договору, та/або несплати додаткового страхового платежу у встановлений такою додатковою угодою строк, протягом 14 днів з дати направлення Клієнту письмової вимоги про укладення додаткової угоди Компанія має право відмовити в наданні всіх видів допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування (крім швидкої і невідкладної допомоги). Дане положення погоджене Сторонами відповідно до ст.212 Цивільного кодексу України.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. Договір страхування укладається строком на 1 календарний рік. Строк дії Договору ділиться на 12 періодів страхування у відповідності до Страхового полісу.

8.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати початку першого періоду страхування, вказаного у Страховому полісі, але не раніше дати, наступної за датою надходження страхового платежу на банківський рахунок Компанії, та діє до закінчення строку дії оплаченого періоду Договору. В разі несплати Клієнтом

платежу, Договір не діє у відповідному періоді страхування. Договір відновлює дію на наступний день після сплати усіх прострочених страхових платежів, передбачених Страховим полісом, у повному обсязі.

- 8.3.** У разі якщо за 10 днів до дати, визначеної в Страховому полісі, як дата закінчення договору, жодна зі Сторін не повідомить іншу про припинення договору, Договір вважається продовженим на наступний календарний рік, за умови сплати Клієнтом страхових платежів згідно графіку, аналогічному тому, який передбачений полісом, але з урахуванням зміни календарного року.

9. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 9.1.** Договір діє на території України, за винятком території АР Крим, 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.

10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

- 10.1.** Договір укладається шляхом пропозиції Компанії укласти Договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) Клієнтом.
- 10.2.** Текст цього Договору, розміщений у мережі Інтернет на офіційному веб-сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/PublicContract_DMS-Group.pdf є Офертою в розумінні ч. 1 ст. 634 Цивільного кодексу України.
- 10.3.** Оферта складається та підписується Компанією, скріплюється печаткою в одному екземплярі та зберігається у Компанії.
- 10.4.** Оферта містить усі істотні умови, передбачені законодавством для договорів страхування, та виражає намір Компанії вважати себе зобов'язаною у разі прийняття Оферти Клієнтом.
- 10.5.** Перед укладенням Договору Клієнт повинен ознайомитись з умовами Оферти, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних.
- 10.6.** Клієнт надає Компанії відповідь про повне та безумовне прийняття Оферти щодо укладення Договору шляхом вчинення дій, спрямованих на отримання страхових послуг Компанії (Акцепт):
- 10.6.1. обрати страховий продукт та необхідні умови страхування;
 - 10.6.2. вказати інформацію про себе, адресу, номер телефону та інші дані необхідні для укладення Договору;
 - 10.6.3. підписати Страховий поліс;
 - 10.6.4. сплатити страховий платіж або першу його частину.
- 10.7.** Страховий поліс складається у двох однакових екземплярах для кожної зі Сторін відповідно до встановленої Компанією форми на основі обраних Клієнтом умов страхування та вказаної ним інформації. Страховий поліс одночасно є заявою Клієнта, про прийняття пропозиції укласти Договір.
- 10.8.** Підписаний Сторонами Страховий поліс посвідчує факт укладання Договору.
- 10.9.** Договір складається з Оферти та Страхового поліса і вважається укладеним в письмовій формі, відповідно до ст. 16 Закону України «Про страхування».

11. ДІЇ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 11.1.** У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком (п.6 Договору), Застрахований невідкладно (до звернення в Медичний заклад) зобов'язаний повідомити Компанію за телефоном **0 800 500 209** (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я та іншу інформацію на прохання представника Компанії й надалі виконувати рекомендації, надані представником

Компанії. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно.

- 11.1.1. Після отримання повідомлення Компанія, в разі визнання випадку страховим, організовує та оплачує надання Застрахованому відповідних видів допомоги та послуг, передбачених обраною за цим Договором Програмою страхування, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Компанія замовляє для Застрахованого певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з медичним закладом, гарантує їх оплату.
 - 11.1.2. Інший порядок повідомлення Компанії про випадок та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п. 11.2. цього Договору.
- 11.2.** Самостійне звернення Застрахованого в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Компанією самостійно витрачених коштів Застрахованому) допускається лише:
- 11.2.1. в екстрених випадках (при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Компанію до звернення в медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість. При цьому звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно;
 - 11.2.2. в планових випадках, коли Застрахований своєчасно повідомив Компанію, але через відсутність договірних відносин з медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг в регіоні, де знаходиться Застрахований, Компанією було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованим медичної допомоги.
- 11.3.** При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Компанією, медичні послуги Застрахованому надаються за умови пред'явлення Картки Застрахованого, якщо така видавалася Застрахованому, та документа, що посвідчує його особу.
- 11.4.** Застрахований зобов'язаний не пізніше, ніж за 2 (дві) години до призначеного прийому у лікаря (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста тощо), попередити Компанію про неможливість з'явитись на призначений прийом. В разі повідомлення пізніше ніж за 2 (дві) години або неповідомлення послуга вважається наданою, а оплата вартості наступної відповідної послуги здійснюється самостійно Застрахованим.

12. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 12.1.** Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за цим Договором, не може перевищувати страхової суми/ліміту, вказаних в обраній Програмі страхування.
- 12.2.** Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені цим Договором та обраною Програмою страхування, за направленням Компанії. Підбір медичних закладів знаходиться у компетенції Компанії.
- 12.3.** Перелік медичних закладів кожного класу обслуговування міститься на сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf та постійно оновлюється Компанією залежно від цінової та сервісної політики медичних закладів. При визначенні Медичного закладу, що надаватиме Застрахованому медичну допомогу, Компанія керуватиметься актуальним списком медичних закладів за вказаним посиланням на дату настання страхового випадку. У випадку відсутності в регіоні, де знаходиться Застрахований, медичного закладу, з якими співпрацює Компанія та/або при неможливості надання відповідних послуг врегулювання здійснюється на умовах п.11.2. Договору.
- 12.4.** Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається:

- 12.4.1. в разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Компанією (у випадках, передбачених п.11.1. Договору) – договорами з медичними закладами (в цьому випадку збір документів покладається на Компанію);
- 12.4.2. в разі врегулювання шляхом компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованого (у випадках, передбачених п.11.2. Договору) – згідно з переліком, зазначеним на сайті Компанії за посиланням <https://www.salamandra.ua/ListOfDocumentsForPaymentDMS.pdf> (в такому випадку збір необхідних документів покладається на Застрахованого). Додатково, при зверненні Застрахованого за телефоном 0 800 500 209 (цілодобово, безкоштовно) Компанія консулює Застрахованого щодо такого переліку документів.
- 12.5.** В разі подання документів Застрахованим самостійно згідно з цим Договором – усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати, Застрахований повинен надати не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати закінчення лікування.
- 12.5.1. У разі, якщо розмір самостійно витрачених коштів Застрахованим не перевищує 3000,00 (три тисячі) грн. Компанія має право здійснити страхову виплату на підставі документів, передбачених п. 12.4.2 цього Договору, наданих Застрахованим в електронній формі, шляхом надсилання Компанії (представнику Компанії) фото- або скан-копій таких документів з використанням електронних засобів зв'язку (електронна пошта, Viber, Skype).
- 12.5.2. У разі наявності будь-яких сумнівів щодо справжності документів та/або достовірності інформації зазначеній в таких документах, які надані відповідно до п. 12.5.1. цього Договору, Компанія має право вимагати від Застрахованого надання оригіналів документів, передбачених п. 12.4.2. цього Договору, для здійснення страхової виплати.
- 12.6.** Строк прийняття рішення за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором. Протягом вказаного строку Компанія:
- 12.6.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або
- 12.6.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованому/Клієнту протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.
- 12.7.** Строк здійснення страхової виплати становить 10 (десять) робочих днів з дати складання страхового акту.
- 12.8.** Страхова виплата здійснюється:
- 12.8.1. в разі організації медичної допомоги Застрахованому Компанією – безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахований отримав медичну допомогу за направленням Компанії (в межах переліку видів допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Компанією на умовах Договору та Програми страхування). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами;
- 12.8.2. в разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованим за погодженням з Компанією – безпосередньо на користь Застрахованого. Якщо внаслідок страхового випадку за цим Договором настала смерть Застрахованого – компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється спадкоємцям Застрахованого згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в заяві на страхову виплату.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

- 13.1.** Компанія відмовляє у страховій виплаті за наявності зазначених нижче обставин:
- 13.1.1. якщо подія пов'язана з перебуванням Застрахованого в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, а також наслідки та хвороби, викликані такими станами;

- 13.1.2. якщо до випадку призвели навмисні дії Застрахованого, спрямовані на настання страхового випадку; випадки навмисного самоушкодження; вчинення Застрахованим умисного злочину, що призвів до настання випадку;
- 13.1.3. неповідомлення Клієнтом під час укладення цього Договору про обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, надання Клієнтом або Застрахованим свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору (зокрема, недостовірної або неповної інформації в Декларації про стан здоров'я Застрахованого (в разі її заповнення), включаючи інформацію про захворювання, що були діагностовані до початку дії Договору);
- 13.1.4. навмисне надання Застрахованим некоректних або неправдивих відомостей (скарг чи симптомів) з метою отримання видів медичної допомоги та/або медичних послуг (в тому числі діагностичних, лікувальних, медикаментозних та будь-яких інших), передбачених Договором страхування та Програмою страхування;
- 13.1.5. надання медичної допомоги іншій особі, що не є Застрахованим за цим Договором;
- 13.1.6. ненадання Застрахованим доступу до медичної документації на запит Компанії, створення інших перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 13.1.7. дія 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 призвела до настання випадку;
- 13.1.8. заняття Застрахованим екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, бобслеєм, автоталі, парашутним спортом, дайвінгом тощо), що призвело до ушкодження здоров'я Застрахованого;
- 13.1.9. порушення порядку повідомлення Компанії про страховий випадок, передбаченого Розділом 11 Договору;
- 13.1.10. неподання Клієнтом/Застрахованим (в разі компенсації самостійно витрачених коштів) необхідного переліку документів згідно з переліком, зазначеним на сайті Компанії за посиланням <https://www.salamandra.ua/ListOfDocumentsForPaymentDMS.pdf> протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати завершення лікування в результаті настання страхового випадку;
- 13.1.11. в разі отримання видів допомоги та/або послуг, що не передбачені Програмою страхування або перевищують встановлені обмеження згідно з Програмою страхування та іншими додатками до Договору;
- 13.1.12. надання видів допомоги (амбулаторної, стаціонарної тощо) та послуг (консультативних, діагностичних, лікувальних, медикаментозного забезпечення тощо), що не передбачені Протоколами лікування;
- 13.1.13. звернення Застрахованого стосується ризику, не включеного до переліку страхових випадків згідно з Договором або випадок не підпадає під визначення страхових випадків, згідно з Договором та/або додатками до нього;
- 13.1.14. якщо лікар встановлює первинний діагноз «під знаком питання», при цьому захворювання відноситься до списку виключень, та призначає проведення додаткової діагностики, Застрахований її оплачує самостійно (окрім станів що потребують надання невідкладної медичної допомоги). Якщо за результатами додаткової діагностики встановлено, що захворювання не відноситься до списку виключень, Компанія компенсує самостійно витрачені кошти Застрахованому на умовах цього Договору;

- 13.1.15. надання медичної допомоги з приводу гострих захворювань, загострення хронічних захворювань, нещасних випадків, критичних захворювань, які виникли до початку дії цього Договору;
 - 13.1.16. надання медичної допомоги після завершення дії Договору, навіть якщо лікування, діагностика, медикаментозне забезпечення або будь-які інші послуги, передбачені Програмою страхування, були призначені під час дії Договору;
 - 13.1.17. випадки, що сталися протягом неоплаченого періоду страхування (в разі оплати страхового платежу частинами згідно з Договором);
 - 13.1.18. випадки та або наслідки випадків, що сталися поза межами території дії Договору; якщо страховий випадок стався та/або медичні послуги були надані не в період дії цього Договору;
 - 13.1.19. витрати, пов'язані зі сплатою благодійних внесків;
 - 13.1.20. одержанням медичних послуг щодо захворювань, за якими призначена будь-яка група інвалідності, їх ускладнення та наслідки;
 - 13.1.21. в разі настання випадку з особами, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах;
 - 13.1.22. невиконання та/або порушення Застрахованим призначень лікуючого лікаря (лікування, обстеження та лікарняного режиму), а також в разі відмови Застрахованого проходити обстеження, необхідне для встановлення діагнозу та призначення лікування; невиконання рекомендацій довіреного лікаря Компанії без поважних на це причин;
 - 13.1.23. отримання медичних (в тому числі діагностичних) та лікувальних (в тому числі медикаментозних) послуг, включаючи будь-який період амбулаторного та стаціонарного лікування, що не були письмово рекомендовані лікарями Медичних закладів відповідно Протоколів лікування;
 - 13.1.24. отримання альтернативних консультацій та дублювання обстежень, якщо інше не передбачено обраною Програмою страхування, за виключенням випадків попереднього погодження з Компанією;
 - 13.1.25. невиконання Клієнтом/Застрахованим своїх обов'язків за Договором, інші підстави для відмови у страховій виплаті, передбачені законом;
 - 13.1.26. якщо випадок підпадає під виключення зі страхових випадків, перелік яких міститься в Додатку 2 до цього Договору, що є невід'ємною його частиною та має таку ж юридичну силу, як і основна частина Договору.
- 13.2.** В разі звернення Застрахованого щодо випадку, що не визнається Компанією страховим згідно з цим Договором та/або додатків до нього, Компанія не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованому за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови цього Договору та/або додатків до нього. В таких випадках Компанія, за зверненням Застрахованого, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованому з подальшою оплатою відповідних видів допомоги та послуг самим Застрахованим.
- 13.3.** Якщо обставини, що можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Компанії після здійснення страхової виплати, Компанія має право вимагати із Застрахованого/Клієнта компенсації або повернення виплаченої Компанією страхової виплати. Така компенсація або повернення виплаченої Компанією страхової виплати мають бути здійснені Застрахованим/Клієнтом в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Компанії відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними в такій вимозі. В разі неповернення коштів Компанія має право при наступних зверненнях Застрахованого відмовити в організації та/або оплаті медичної допомоги повністю або частково (пропорційно розміру заборгованості перед Компанією) або достроково припинити дію Договору.

14. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

14.1. Компанія має право:

- 14.1.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені цим Договором;
- 14.1.2. на отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованого;
- 14.1.3. залучати Асистанс для забезпечення цілодобового обслуговування Застрахованого та виконання цього Договору;
- 14.1.4. протягом дії Договору присвоювати та змінювати категорії Медичних закладів залежно від їх цінової та сервісної політики. Актуальний перелік Медичних закладів кожного класу обслуговування (на дату прийняття рішення про визнання страхового випадку) міститься на сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf. За запитом Клієнта, Компанія надає обґрунтування зміни категорії Медичного закладу;
- 14.1.5. з'ясувати причини та обставини страхових випадків за Договором будь-якими законними способами, зокрема: отримувати від Застрахованого, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованого, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю; залучати незалежних експертів або спеціалістів;
- 14.1.6. відмовити Клієнту/Застрахованому у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього;
- 14.1.7. за наявності сумнівів в достовірності даних про причини/обставини страхового випадку або розміру страхової виплати відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, але не більше ніж на 30 (тридцять) робочих днів з дати отримання повного пакету документів згідно з цим Договором;
- 14.1.8. вимагати доплати страхового платежу у випадках, передбачених п.7.2. Договору;
- 14.1.9. видати на кожного Застрахованого картки для авторизації при зверненні в Медичні заклади (за текстом Договору – Картка Застрахованого).

14.2. Компанія зобов'язана:

- 14.2.1. ознайомити Клієнта з умовами Договору та Правилами страхування;
- 14.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до цього Договору;
- 14.2.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 14.2.4. в разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на письмову заяву Клієнта/Застрахованого, повідомити Клієнта/Застрахованого в письмовій формі про прийняте рішення не пізніше 10 робочих днів з дати його прийняття;
- 14.2.5. не розголошувати відомостей про Клієнта та його майнове становище, а також про Застрахованого та стан його здоров'я;
- 14.2.6. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію про Медичні заклади та їх категорії на сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf;
- 14.2.7. дотримуватись порядку врегулювання, передбаченого Розділами 11, 12 Договору та його додатками.

14.3. Клієнт зобов'язаний:

- 14.3.1. своєчасно та в повному обсязі сплатити страховий платіж відповідно до умов цього Договору;

- 14.3.2. отримати згоду фізичної особи на укладення цього Договору, а також ознайомити Застрахованих з умовами цього Договору;
 - 14.3.3. на вимогу Компанії надавати інформацію: про стан здоров'я Застрахованого, а також обставини, які мають значення для оцінки страхового ризику та інформувати Компанію будь-яку його зміну (про обставини, які змінилися настільки, що якби вони були відомі при укладанні цього Договору, він взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених);
 - 14.3.4. вживати усіх необхідних та можливих заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
 - 14.3.5. на вимогу Страховика надати Декларацію про стан здоров'я Застрахованого;
 - 14.3.6. дотримуватись інших умов цього Договору та його додатків.
- 14.4.** Наданням згоди на укладення цього Договору щодо себе Застрахований підтверджує наявність в нього прав та обов'язків за цим Договором.
- 14.5. Клієнт/Застрахований має право:**
- 14.5.1. на роз'яснення умов та Правил страхування;
 - 14.5.2. вимагати сплати Компанією страхової виплати відповідно до умов цього Договору;
 - 14.5.3. в разі настання страхового випадку – на організацію Компанією для Застрахованого медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування, та на умовах, визначених цим Договором;
 - 14.5.4. повідомляти Компанію про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за цим Договором, неповного чи неякісного надання такої допомоги;
 - 14.5.5. на безоплатне одержання дублікату Картки Застрахованого у випадку її втрати, якщо така Картка видавалась Застрахованому.
- 14.6. Застрахований зобов'язаний:**
- 14.6.1. дотримуватись порядку повідомлення про страховий випадок та врегулювання, передбаченого Розділами 11, 12 Договору та його додатками;
 - 14.6.2. виконувати призначення відповідальної особи Компанії та/або лікуючого лікаря Медичного закладу, а також дотримуватись розпорядку, встановленого Медичним закладом;
 - 14.6.3. на вимогу Компанії надавати медичну документацію, яка стосується страхового випадку, а також сприяти в отриманні такої документації з Медичних закладів.
 - 14.6.4. попередити працівників Медичної установи (лікаря) про наявність Договору страхування та можливість звернення Компанії із запитом для отримання будь-якої інформації та документів;
 - 14.6.5. при самостійному отриманні медичної допомоги, подати заяву на отримання страхової виплати протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати закінчення лікування.
- 14.7.** В разі, коли Застрахований є неповнолітньою особою – його права та обов'язки здійснюють його законні представники.
- 14.8.** Сторони мають також інші права та обов'язки, передбачені цим Договором та додатками до нього, а також законодавством України.
- 14.9.** За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, визначену законодавством. При порушенні Компанією строку страхової виплати Клієнт має право вимагати сплату пені в розмірі 0,01% від невиплаченої суми за кожен день прострочення, але не більше 10% від несвоєчасно виплаченої частки страхової виплати.

15. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 15.1.** Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені за двосторонньою згодою сторін у письмовій формі шляхом укладення додаткової угоди до Договору.
- 15.2.** Договір припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, з ініціативи однієї зі Сторін, а також в інших випадках та на умовах, передбачених статтею 28 Закону України «Про страхування». Сума коштів, що підлягають поверненню Страхувальнику розраховується за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Норматив витрат на ведення справи при цьому становить 30%.
- 15.3.** В разі повернення страхового платежу (його частини) при достроковому припиненні Договору таке повернення здійснюється виключно Клієнту.
- 15.4.** По відношенню до одного Застрахованого договір припиняється у випадку:
- 15.4.1. смерті Застрахованого;
 - 15.4.2. в разі, якщо особа, застрахована за цим Договором, набуває ознаки, яка виключає можливість укладення Договору відповідно до п. 3.3. цього Договору, окрім випадків досягнення Застрахованим 60 років в період дії цього Договору;
 - 15.4.3. за наявності підтверджених фактів передачі Картки Застрахованого для авторизації (в разі якщо така картка видавалась застрахованому) іншим особам, які не є застрахованими за цим Договором, для отримання ними медичної допомоги – дія цього Договору достроково припиняється Компанією відносно цього Застрахованого в односторонньому порядку шляхом направлення письмового повідомлення Клієнту про даний факт;
 - 15.4.4. в разі неповернення безпідставно перерахованої страхової виплати згідно з п.13.3. цього Договору.

16. ЗАЯВА КЛІЄНТА

- 16.1.** Підписанням цього Договору Клієнт підтверджує:
- 16.1.1. з умовами та правилами страхування ознайомлений та згоден;
 - 16.1.2. інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», надана Клієнту своєчасно та в повному обсязі;
 - 16.1.3. Клієнт отримав згоду Застрахованих на укладення цього Договору щодо них;
 - 16.1.4. відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» Клієнт та Застраховані за цим Договором, надають Компанії згоду на обробку своїх персональних даних у зв'язку з укладенням цього Договору для здійснення Компанією статутної діяльності;
 - 16.1.5. свій намір укласти цей Договір;
 - 16.1.6. заявлену інформацію щодо обсягу страхового покриття повністю та достовірно відображено цьому Договорі, що Клієнт засвідчує підписуючи Страховий поліс.
 - 16.1.7. Клієнт/Застрахований надають безвідкличний та безумовний дозвіл Медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за цим Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

17. ІНШІ УМОВИ

- 17.1.** Всі суперечки між Сторонами вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства.
- 17.2.** В разі виникнення будь-яких спірних питань щодо визнання чи невизнання Компанією певного випадку страховим (віднесення того чи іншого захворювання до гострого чи хронічного, встановлення стадії загострення чи ремісії, вирішення питання щодо дотримання протоколів лікування, встановлення

наявності обставин, що є виключеннями зі страхових випадків тощо) можуть залучатись незалежні медичні експерти за рахунок сторони, що ініціює залучення такого експерта.

17.3. Відносини Сторін, не врегульовані цим Договором, регулюються Правилами страхування та законодавством.

18. ДОДАТКИ ДО ДОГОВОРУ

- 18.1. Додаток 1 «Програма страхування», що додається до Страхового полісу;
- 18.2. Додаток 2 «Виключення зі страхових випадків», що розміщено на сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/Exclusions_DMS.pdf ;
- 18.3. Додаток 3 «Термінологія», що розміщено на сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/Detalisation_DMS-Group.pdf ;
- 18.4. Додаток 4 «Перелік Медичних закладів», що розміщено на сайті Компанії за посиланням https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf ;
- 18.5. Додаток 5 «Перелік документів на компенсацію самостійно витрачених коштів», що розміщено на сайті Компанії за посиланням <https://www.salamandra.ua/ListOfDocumentsForPaymentDMS.pdf> ;
- 18.6. Вказані в цьому Розділі додатки до Договору є невід'ємною його частиною та мають таку ж юридичну силу, як і основна частина Договору.

19. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПрАТ «СК «САЛАМАНДРА»

Код за ЄДРПОУ: 21870998

Адреса: 49101, м. Дніпро, вул. Короленко, 21

Генеральний директор

Маленко Р.І.

