

Рішенням Дирекції ТДВ СК "Альфа-Гарант"

№ 6/н від «25» листопада 2024р.

Строк дії: з «01» грудня 2024 року до моменту скасування чи викладення в новій редакції



ПУБЛІЧНА ОФЕРТА 8/24

«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ІНОЗЕМЦІВ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ В УКРАЇНІ», код 01ОВ (надалі – Оферта)

Дана Публічна Оферта є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю Страхова компанія „Альфа-Гарант” (код ЄДРПОУ 32382598, Розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №1224 від 24.06.2004р. зареєстровано як фінансову установу, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи СТ №158 від 21.08.2004р., місцезнаходження: 01133, м. Київ, бул. Лесі Українки, 26, 0-800-50-17-10, електронна адреса info@alfagarant.com) (надалі – Страховик) укласти договір медичного страхування іноземців під час перебування в Україні, код 1ОВ (надалі - Договір).

Укладання Договору здійснюється:

на підставі	Ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (класів, ризиків у межах класів) страхування, інформація щодо яких міститься у ДРФУ, виданої Національним Банком України 30.04.2024 (витяг із ДРФУ зареєстрований Національним банком України 01.05.2024 за № 27-0024/33824).
за класом страхування	клас страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик 2 «медичне страхування»
на загальних умовах страхового продукту	«Медичне страхування іноземців під час перебування в Україні», код 01ОВ, що затверджені Рішенням Дирекції Товариства з додатковою відповідальністю Страхова компанія «Альфа-Гарант» №6/н від «19» червня 2024 року, введені в дію з «30» червня 2024 року та розміщені на веб-сайті Страховика за посиланням https://alfagarant.com/01ob (надалі – ЗУСП).

Пропозиція поширюється на дієздатних фізичних осіб-нерезидентів під час їх перебування в Україні (надалі – Страхувальники).

Дана Оферта є пропозицією укласти Договір у паперовій формі або у формі електронного документа.

Оферта складається та підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Оферта розміщена на сайті Страховика для ознайомлення Страхувальником. Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування умов цієї Оферти в електронній формі з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до Закону України «Про електронну комерцію».

Договір є договором приєднання, у розумінні статті 634 Цивільного кодексу України та складається з двох частин: з Публічної частини Договору, умови якої викладені в цій Оферті (надалі – Публічна частина), та Індивідуальної частини Договору, яка містить інформацію Страхувальника та погоджені ним умови страхування (надалі – Індивідуальна частина).

Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти та її прийняття Страхувальником. Пропозиція Страховика укласти Договір здійснюється шляхом розміщення на власному веб-сайті цієї Оферти (пропозиції) у формі електронного документа (яка унеможливує зміну її змісту) та до якої Страховик забезпечує безперешкодний доступ за посиланням <https://alfagarant.com/01ob>. Прийняття Страхувальником умов цієї Оферти здійснюється підписанням Індивідуальної частини у паперовій формі або в електронній формі в порядку, визначеному в розділі 20 Публічної частини.

До укладання Договору Страхувальник має право отримати індивідуальну консультацію щодо умов страхового продукту та рекомендації, який страховий продукт максимально відповідатиме вимогам і його потребам у страхуванні.

ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ІНОЗЕМЦІВ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ В УКРАЇНІ, код 010В

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

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

2. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. **Об'єктом страхування** є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

2.2. **Застрахована особа** - фізична особа - нерезидент, що приїжджає а територію України і тимчасово проживає на території України.

2.3. Застрахована особа за цим Договором не може бути інвалідом I та II групи, хворою на онкологічні хвороби, хворою на серцево-судинну, печінкову, та ниркову недостатність, ВІЛ-інфікованою, інфікованою вірусом гепатиту А, В, С, D, Е, хворою на інфаркт, та або гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), не знаходиться на обігу у наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, венерологічному диспансерах.

2.4. Не допускається страхування протиправних інтересів осіб, страхування для отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій.

3. РОЗМІР СТРАХОВОЇ СУМИ.

3.1. Страхова сума, тобто грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхових випадків, визначається в Індивідуальній частині.

3.2. За Договором встановлено агрегатну страхову суму, що зазначена в розділі 6 Індивідуальної частини.

3.3. В межах страхової суми Договором встановлюються ліміти відповідальності Страховика за кожним окремим страховим випадком, які визначені в розділі 6 Індивідуальної частини.

4. ФРАНШИЗА

Франшиза цим Договором не передбачена.

5. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

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

5.2. Страховим випадком за Договором визнається розлад здоров'я Застрахованої особи, який супроводжується раптовим порушенням життєдіяльності організму з різким погіршенням самопочуття, при якому стан Застрахованої особи на момент звернення загрожує її життю та потребує надання медичної допомоги не пізніше 5 годин з моменту звернення, та може бути пов'язаний з гострим захворюванням, травмою, отруєнням, іншими наслідками нещасного випадку, внаслідок якого Застрахована особа звернулася до медичного закладу під час дії цього Договору з метою одержання екстреної медичної допомоги («швидкої допомоги» та «екстреної стаціонарної допомоги»).

5.2.1. Під «швидкою допомогою» розуміється швидка (невідкладна) медична допомога, яка надається в таких межах:

- виїзд загальних та спеціалізованих (таких як травматологічна, кардіологічна, протишокова та інші) бригад швидкої та невідкладної допомоги, цілодобово;
- первинна консультація лікаря, встановлення попереднього діагнозу;
- повне медикаментозне забезпечення курсу невідкладної допомоги;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- транспортування Застрахованої особи до медичного закладу з метою дообстеження чи госпіталізації.

5.2.2. Під «екстреною стаціонарною допомогою» в цьому Договорі розуміється організація екстреної госпіталізації в спеціалізовані відділення медичних закладів у відповідності з профілем захворювання, забезпечення необхідними медикаментами та виробами медичного призначення у разі лікування в стаціонарі медичного закладу, відшкодування вартості медикаментів та платних медичних послуг, оплату перебування в палатах медичних закладів, оперативне втручання, лікувальні маніпуляції та процедури.

5.2.3. В цьому Договорі під медичними закладами розуміються державні або відомчі лікувальні заклади, та аптечні установи будь-якої форми власності.

6. СТРАХОВИЙ ТАРИФ.

6.1. Ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

6.2. Розмір страхового тарифу вказаний в Індивідуальній частині.

7. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ.

7.1. Страхова премія - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

7.2. Сплата страхової премії здійснюється Страхувальником одноразовим платежем в розмірі, строки та порядку, які визначені Індивідуальною частиною.

7.3. Розмір страхової премії протягом дії Договору може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:

7.3.1. якщо протягом дії Договору виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

7.3.2. якщо протягом дії Договору виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору Страховик має право достроково припинити Договір.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Строк дії Договору зазначено в розділі 10 Індивідуальної частини. Дія Договору не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договором.

8.2. Договір вступає в дію з 00.00 годин дня, наступного за датою сплати Страхувальником страхової премії в повному обсязі, але не раніше дати початку строку дії Договору, та діє до 24.00 годин дати закінчення строку дії.

8.3. Договором не передбачено часові обмеження щодо дії страхового захисту (періоди страхування). Страховий захист діє протягом усього строку дії Договору.

9. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Страхове покриття за Договором поширюється на територію України, крім територій, зазначених в п. 9.2. Публічної частини.

9.2. Страхове покриття за Договором не поширюється на території України, на яких ведуться (велися) бойові дії (у межах тривалості бойових дій) або тимчасово окупованих російською федерацією, відповідно до постанови Кабінету міністрів України «Деякі питання формування переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією» від 06.12.2022р. №1364, Наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22.12.2023р. №309; на будь яких інших територіях, що відповідно до законодавства України перебувають в окупації у розумінні та визначенні, наведеному в Законі ВР України від 15.04.2014 за № 1207-VII «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України», територій, які знаходяться оточенні, блокуванні, зон, що знаходяться під санкціями ООН, місцевостей, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, районах обмеженого та забороненого доступу, створених згідно чинного законодавства України.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором, покладається на Страхувальника та/або Застраховану особу.

10.1. В разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Страхувальник (Застрахована особа), або, за неможливості – треті особи (родичі Застрахованої особи, свідки події, працівники медичних закладів і т.п.), для отримання медичних та інших, передбачених цим Договором, послуг зобов'язаний негайно повідомити Страховика за цілодобовим телефоном **38- 0-800-50-17-10 (дзвінки по Україні безкоштовні зі стаціонарних телефонів), моб. 38 095-277-74-97**, зазначити прізвище, ім'я та по-батькові Застрахованої особи, номер договору страхування, причину звернення та яка допомога потрібна і чітко дотримуватися вказівок лікаря – координатора сервісного центру Страховика. Сторони домовились, що невиконання цієї вимоги є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування.

10.2. Надання медичних та інших передбачених Договором послуг медичним закладом відбуваються при узгодженні з сервісним центром Страховика на підставі пред'явлення Застрахованою особою Договору та документа, що посвідчує Застраховану особу.

10.3. Якщо немає можливості діяти відповідно до п. 10.1., Застрахована особа, її представник, Страхувальник чи уповноважена ними особа зобов'язані повідомити сервісний центр Страховика про настання страхового випадку як тільки це стане можливим (але не пізніше 24 годин).

10.4. Страхувальник повинен надати Страховику документи про обставини настання страхового випадку, а також інші документи та відомості, необхідні для вирішення питання про виплату страхового відшкодування.

10.5. Надати Страховику або його представникам можливість провести розслідування обставин і причин події, яка може бути визнана страховим випадком.

11. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

11.1. Не відноситься до страхового випадку подія, яка відбулась внаслідок або у зв'язку з:

11.1.1. Ядерним вибухом, впливом радіації або радіоактивним забрудненням, військовими діями, а також маневрами або іншими військовими заходами, громадянською війною, різного роду масовими безпорядками, революціями, заколотами, повстаннями, страйками, путчами, локаутами або терористичними актами.

11.1.2. Військовими діями, оголошеними органами влади в Україні, а також маневрами або іншими військовими заходами, громадянською війною, громадськими хвилюваннями, різного роду масовими безпорядками (революціями, заколотами, повстаннями, страйками, путчами, локаутами) або терористичними актами; використанням зброї правоохоронними органами, військовою або громадською владою; конфіскації, націоналізації та інших подібних заходів політичного характеру, що здійснюються згідно з розпорядженнями військової або цивільної влади та політичних організацій в країні Страхувальника.

Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених в абзаці першому п.11.1.2. Публічної частини, є публічна інформація щодо таких подій, відображена чи задокументована будь-якими засобами та на будь-яких носіях інформації, що була отримана або створена в процесі виконання суб'єктами владних повноважень своїх обов'язків, передбачених законодавством України, або яка знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених Законом України «Про доступ до публічної інформації».

11.1.3. Протизаконними діями (бездіяльністю) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів, в тому числі внаслідок видачі зазначеними органами та посадовими особами документів, які не відповідають чинному законодавству України.

11.1.4. Участю Застрахованої особи у військових діях.

11.2. Страховик має право відмовити у виплаті страхової суми, якщо:

11.2.1. Застрахована особа надала Страховику свідомо неправдиву інформацію.

11.2.2. Страховий випадок стався, коли Застрахована особа перебувала у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що документально підтверджено у встановленому порядку.

11.3. Страховик не несе відповідальності, не визнає страховими випадками події та не здійснює страхову виплату:

11.3.1. За несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії цього Договору.

11.3.2. У разі самогубства або спроби вчинення самогубства Застрахованою особою чи умисного або навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень незалежно від психічного стану.

11.3.3. У разі будь-яких вогнепальних поранень Застрахованій особі, поранень холодною зброєю тощо.

11.4. Страховик не оплачує медичну допомогу (послуги) в зв'язку з наступними захворюваннями та станами:

11.4.1. особливо небезпечні інфекції згідно Наказу МОЗ України №133 від 19.07.1995 року (віспа, чума, холера, сибірська виразка) та захворювання, пов'язані з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів;

11.4.2. венеричні захворювання та хвороби, які передаються статевим шляхом (в т.ч.): сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкроїд, пахова гранульома, лімфогранульома (венерична), трихомоніаз, гарднерели, уреоплазма, мікоплазма, аногенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, гострокінцеві конділоми, генітальний контагіозний моллюск, папіломовірусна інфекція, гарднерельозний вагініт, кандидоз (молочниця), вірус Епштейн – Барра (інфекційний мононуклеоз), урогенітальний шигельоз гомосексуалістів, лобковий педикульоз, амебіаз; захворювання, обумовлені вірусом імунодефіциту людини (СНІД), що проявляються інфекційними, паразитарними захворюваннями, злоякісними пухлинами, іншими захворюваннями й

- станами, незалежно від термінів виявлення, в т. ч. змішані урогенітальні інфекції, невизначені хвороби, які передаються статевим шляхом тощо) незалежно від термінів виявлення (не оплачуються також специфічна діагностика та призначення схем лікування);
- 11.4.3. оперативне втручання, пов'язане з пересадкою органів, тканин чи живих клітин та пересадки кісткового мозку;
- 11.4.4. системні захворювання сполучної тканини, в т.ч. ревматизм, ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, подагра, СЧВ та інші, аутоімунними захворюваннями, первинними та вторинними імунодефіцитами ;
- 11.4.5. захворювання чи наслідки травм, по яких встановлено групу інвалідності (крім випадків, коли це захворювання або травматичне пошкодження виникло в період дії цього Договору);
- 11.4.6. захворювання, пов'язані з пластичними операціями та ускладненнями після таких операцій (крім випадків коли такі операції є етапом оперативного лікування наслідків травм, опіків, тощо, які сталися в період дії цього Договору), санаторно-курортне лікування; кардіохірургічні втручання, шунтування судин;
- 11.4.7. мануальна терапія або лікувальний масаж всіх видів, фізіотерапія;
- 11.4.8. будь-яке протезування та підготовка до нього;
- 11.4.9. хронічні захворювання, крім випадків їх загострення, що потребують невідкладної швидкої та стаціонарної допомоги.
- 11.4.10. вірусні гепатити (крім гепатиту А), хронічні гепатити, цирроз, саркоїдоз, захворювання шкіри - педикульозом, коростою, демодекозом, дерматофітією; кандидозами (крім діагностики і лікування кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів, що не є складовою ЗПСШ), псоріаз, екзема, себорейний та атопічний дерматит, вугрова хвороба, мікози та оніхомікози, вітіліго, амілоїдоз, алергічний артеріолі (васкуліт Рейтера), психіатричні хвороби та розлади, епілепсія, генералізована герпетична інфекція;
- 11.4.11. інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (лямбліоз, аскаридоз та ін.);
- 11.4.12. туберкульоз, цукровий діабет та його ускладнення, еутиреоз, тиреодит, гіпотиреоз, зоб, гіпертиреоз, ендокринні хвороби та гормональні порушення, онкологічні та онкогематологічні захворювання, стоматологічні послуги;
- 11.4.13. гормонозалежна бронхіальна астма; пневмоконіози.
- 11.4.14. імунологічні розлади та лікування станів, що ними викликані; алергопроби - дослідження та тести, в тому числі скарифікаційні проби, алергологічні панелі, імунологічні та імуно - серологічні дослідження, за виключенням станів, що загрожують життю Застрахованої особи;
- 11.4.15. демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, вади розвитку, вроджені, спадкові та генетичні захворювання; лікування, яке не було призначене лікарем; лікування методами нетрадиційної медицини (рефлексотерапія, фітотерапія, мезотерапія, харчові домішки, гіпноз, діагностика по Фолю/Накатані, гірудотерапія, гідрокolonотерапія, мікрохвильова/інформаційна терапія, еферентна терапія, послуги психолога, гомеопатія, гомотоксикологія тощо), лікування та забезпечення ферментними препаратами загальної дії, хондропротекторами, пробіотиками, загальнозміцнюючими препаратами, препаратами замісної дії, препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, імуномодулятори, імуностимулятори, гепатопротектори, системні ензими та лікарськими засобами, необхідні для тривалого або постійного прийому при хронічних захворюваннях;
- 11.4.16. діагностики та лікування, планове оперативне лікування доброякісних новоутворень шкіри і підшкірно-жирової клітковини, м'язів, сухожилля, молочних залоз, косметичне лікування пупкових, пахових, стегнових гриж, гриж білої лінії живота;
- 11.4.17. лікування безпліддя, засоби для запобігання вагітності, клімакс, діагностика (гістеросальпінгографія, репродуктивна панель, спермограма, моніторування фолікулу тощо) та лікуванням порушень функцій статевих органів; діагностикою та лікуванням порушень менструального циклу (первинні та вторинні аменорея олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.); діагностикою та лікуванням дисгормональних розладів та їх проявів (ендометріоз, фіброміом матки, крім випадків оперативного лікування за медичними показаннями, кісти яєчників включаючи полікістоз, крім випадків оперативного лікування за медичними показаннями, ерозії шийки матки (при наявності збудників захворювань, що передаються статевим шляхом, хламідії, уреоплазма, вірус простого герпеса та ін., травми хімічними та бар'єрними контрацептивами, імунними порушеннями, порушення мікробіоценозу у піхві), діагностика та лікування мастопатій, що включає: дифузна кістозна мастопатія, фіброаденоз молочної залози, фібросклероз молочної залози та інші) крім випадків, що потребують невідкладної медичної допомоги;
- 11.4.18. витрати, що пов'язані з вагітністю та пологами (крім штучного переривання вагітності по медичним показанням та позаматкової вагітності) ;

11.4.19. діагностика та лікування станів (сечо-сольовий діатез, ожиріння, дисліпідемія, метаболічний синдром та інші), пов'язаних з порушенням метаболічного обміну;

11.4.20. професійні захворювання.

11.5. Страховик не оплачує:

11.5.1. хірургічне, апаратне, медикаментозне лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, катаракти, астенопії, косоокості, а також глаукоми, крім станів, що потребують невідкладної допомоги, спазму акомодациї, синдрому сухого ока, дегенеративно-дистрофічних захворювань сітківки; оптичну та лазерну корекцію зору;

11.5.2. забезпечення лікарськими засобами, що не зареєстровані в Україні, забезпечення БАД, шампунями, кремами;

11.5.3. екстракорпоральні методи лікування, у тому числі гемодіаліз; плазмофорез; гідроколонотерапію; лазеротерапію, кріотерапію, аутогемотерапію і озонотерапію; гіпербаричну й нормобаричну оксигенацію (крім реанімаційних заходів), гіпокситерапію;

11.5.4. перебуванням у стаціонарі з метою отримання опікунського нагляду, надання додаткового комфорту (кондиціонера, зволожувача повітря тощо), витратами, що пов'язані з придбанням окулярів, контактних лінз, слухових апаратів та інших допоміжних засобів, ортопедичної продукції, медичних ортопедичних апаратів, кардіостимуляторів, судинних шунтів, стоматологічних імплантатів, різноманітних протезів незалежно від призначення;

11.6. Оплата медикаментів по конкретній нозології здійснюється Страховиком тільки у кількості, необхідній для курсу лікування. Застосування двох і більше аналогічних препаратів відшкодуванню не підлягають, крім випадків, коли 1 (один) препарат місцевої, а 2 (другий) препарат загальної дії.

11.7. Страховими випадками в частині стаціонарної допомоги не визнаються й не оплачуються Страховиком захворювання, стани здоров'я Страхувальника та обставини:

11.7.1. які не потребують цілодобового медичного спостереження з боку медперсоналу;

11.7.2. які можна лікувати в умовах поліклініки (за станом здоров'я); які потребують проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування.

11.8. За цим Договором не підлягають відшкодуванню непрямі збитки, в тому числі пов'язані із страховим випадком (штрафи, пені тощо), моральна шкода, благодійна допомога, збитки, які настали з причин, що були відомі Страхувальнику до початку дії Договору; збитки, що стали наслідком протиправних інтересів, змови Страхувальника і третіх осіб.

11.9. Згідно з цим Договором не можуть бути застраховані громадяни України, або громадяни, які мають подвійне громадянство.

11.10. Відшкодуванню не підлягають:

11.10.1. Випадки, час та обставини настання яких встановити неможливо.

11.10.2. Випадки, які сталися до початку або по закінченню дії договору.

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗАПОДІЯНОЇ ШКОДИ

12.1. Страхова виплата медичному закладу здійснюється Страховиком на підставі страхового акту та документів від медичного закладу, що надав Страхувальнику (Застрахованій особі) медичні послуги: довідка медичного закладу щодо діагнозу та тривалості лікування Страхувальника (Застрахованій особи), медична картка або витяг з історії хвороби; рахунки медичного закладу на оплату вартості наданих медичних послуг та медичної допомоги, або інші згідно договору, що регулює взаємовідносини між Страховиком медичним закладом.

12.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник та / або Застрахована особа звертається до Страховика з заявою про настання страхового випадку та здійснення страхової виплати, до якої долучає копію Індивідуальної частини Договору, та:

12.2.1. Копію сторінок паспорта Застрахованої особи, інші документи, що згідно з законодавством України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати;

12.2.2. Копію усіх сторінок посвідки на постійне/тимчасове проживання застрахованої особи в Україні;

12.2.3. Документ, що підтверджує факт настання страхового випадку (виписка з медичної картки Застрахованої особи (консультативний висновок), рецепт із зазначенням форми випуску, дози та загальної кількості медичних препаратів, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, тощо);

12.2.4. Документ, що підтверджує вартість отриманої послуги, а саме:

- якщо форма власності закладу, який надав послуги - **Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ)**, то **касовий або фіскальний чек**, де вказано **назву послуги**, вартість та дата її отримання;

- якщо форма власності закладу **СПД або ФОП або ПП** – то:

1) копія Витягу з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців;

2) копія Свідоцтва про сплату Єдиного податку;

3) документ, що підтверджує **факт, дату та найменування отриманих та сплачених послуг** (товарний чек/ квитанція до прибуткового касового ордеру/тощо).

12.3. Інші документи, які дають змогу встановити розмір збитків, що підлягають відшкодуванню, обставини настання страхового випадку, підстави для страхової виплати.

13. СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИЗНАННЯ АБО НЕВИЗНАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Страховик не пізніше ніж через 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, перелік яких визначено в розділі 12 Публічної частини Договору, зобов'язаний прийняти рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

13.2. Рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом.

13.3. Строк, протягом якого Страховик здійснює страхову виплату в разі визнання випадку страховим або повідомляє у письмовій формі про відмову у здійсненні страхової виплати (з обґрунтуванням підстави відмови), - 10 (десять) робочих днів з дня прийняття рішення Страховика.

13.4. Страховик має право затримати прийняття рішення про страхову виплату у разі, коли:

а) подані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини й обставини випадку, що має ознаки страхового, розмір заподіяної шкоди, обставини, що підтверджують право Страхувальника на одержання відшкодування - до з'ясування;

б) у зв'язку з виникненням збитку розпочато слідство або порушено кримінальне провадження – до винесення постанови про зупинення або закриття кримінального провадження чи винесення вироку суду;

в) в інших випадках передбачених цим Договором та/або законом.

13.5. Виплати медичному закладу здійснюються у порядку та в терміни, обумовлені Договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними установами.

14. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

14.1. При настанні страхового випадку Страховик оплачує фактичні витрати за надану медичну допомогу Застрахованій особі у межах ліміту відповідальності, зазначеного у розділі 6 Індивідуальної частини Договору.

14.2. Страхові виплати можуть бути здійснені:

- медичному закладу, з якими у Страховика є договори про обслуговування Застрахованих осіб за договорами медичного страхування;

- Страхувальнику (Застрахованій особі) (в разі придбання медикаментів, чи оплати конкретної медичної послуги Застрахованою особою, за погодженням з Страховиком, самостійно). Страхова виплата може бути здійснена представникові Страхувальника (Застрахованої особи) за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого законом порядку. Якщо застрахована дитина, виплату отримують її батьки або піклувальники.

14.3. У разі, якщо Застрахована особа (Страхувальник) самостійно оплатила вартість медичної допомоги за згодою зі Страховиком, для отримання страхової суми (її частини) вона повинна звернутися до Страховика, заповнити заяву та представити усі необхідні документи, підтверджуючі настання страхового випадку, зазначені у розділі 12.2. Публічної частини Договору.

14.4. У разі звернення Страхувальника/Застрахованої особи у медичні заклади з якими у страховика нема договорів на обслуговування Застрахованих осіб, та оплати медичних послуг, погоджених зі страховиком, самостійно, розрахунок страхової виплати, буде здійснюватись на основі цін не більше ніж ціни на медичні послуги Базового медичного закладу – Філії «Центр охорони здоров'я» АТ «Укрзалізниця».

14.5. Розмір страхової виплати за одним страховим випадком не може перевищувати ліміту відповідальності, зазначеного у розділі 6 Індивідуальної частини Договору.

14.6. Загальна сума страхових виплат за всіма страховими випадками за Договором не може перевищувати страхову суму, зазначену в розділі 6 Індивідуальної частини Договору.

14.7. Відшкодуванню підлягають тільки реальні збитки Страхувальника (Застрахованої особи). Моральна шкода та упущена вигода відшкодуванню за умовами Договору відшкодуванню не підлягають.

14.8. Не оплачуються Страховиком витрати, що виникли по закінченні строку дії цього Договору, за винятком витрат, пов'язаних з госпіталізацією Застрахованої особи, що мала місце протягом строку дії Договору, до моменту відведення загрози життю Застрахованої особи, але не більш ніж 3 діб з дати закінчення строку дії Договору.

14.9. Якщо після проведення страхової виплати виявиться, що подія, що відбулася, підпадає під виключення або Страхувальник (Застрахована особа) надав неправдиву інформацію про факт та

обставини настання такої події, Страховик має право вимагати від Страхувальника повернення суми страхової виплати.

14.10. Після здійснення страхової виплати страхова сума за цим Договором зменшується на суму страхової виплати.

15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

15.1. Навмисні або злочинні дії Страхувальника, Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Кваліфікація дій Страхувальника, його довірених осіб або потерпілої третьої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства.

15.2. Вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку.

15.3. Подання Страхувальником /Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку.

15.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку згідно вимог розділу 10 Публічної частини Договору без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором.

15.5. Створення Страховиком перешкод у визначенні обставин події, що може бути визнана страховим випадком.

15.6. Ненадання Страхувальником/Застрахованою особою документів, передбачених розділом 12 Публічної частини протягом одного календарного року після закінчення дії Договору.

15.7. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими розділом 11 Публічної частини.

15.8. Не виконання вказівок співробітника сервісного центру Страховика або лікуючого лікаря. Якщо Застрахована особа звернулася до медичного закладу без узгодження із Страховиком, то Страховик на власний розсуд вирішує, чи були такі медичні витрати виправданими, та може відшкодувати збитки частково або відмовити у відшкодуванні.

15.9. Інші випадки, передбачені законом

15.10. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено у судовому порядку.

16. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

16.1. Страхувальник особа має право:

16.1.1. У разі настання страхового випадку на отримання медичної допомоги та медичних послуг згідно з умовами цього Договору в межах страхової суми, або страхової виплати відповідно до умов Договору.

16.1.2. У разі укладання Договору в паперовій формі - при втраті Договору в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою і отримати дублікат. З моменту видачі дублікату втрачений екземпляр (оригінал) вважається недійсним.

16.1.3. Достроково припинити дію Договору та отримати належну частку сплаченої страхової премії, відповідно до розділу 17 Публічної частини.

16.1.4. На етапі укладання і протягом дії Договору отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію і пояснення щодо умов страхування, в тому числі в письмовій формі на підставі письмового запиту.

16.2. Страхувальник має право за згодою Страховика ініціювати внесення змін в Договір з відповідними перерахунками страхової премії.

16.3. Страхувальник зобов'язаний:

16.3.1. При укладанні цього Договору поінформувати Страховика (страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання Договору, у тому числі про наявність на законних підставах або на підставі інших праводіносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування.

16.3.2. Протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором протягом 2х днів з моменту зміни таких обставин.

16.3.3. Своєчасно та в повному обсязі вносити страхову премію згідно з умовами, зазначеними в Договорі.

16.3.4. Письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо визначеного в Договорі об'єкта страхування.

16.3.5. У разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, діяти згідно з розділом 10 Публічної частини.

16.3.6. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.

16.3.7. Повідомити Застрахованих осіб про умови та вимоги Договору.

16.3.8. Всю інформацію надавати Страховику у письмовому вигляді.

16.3.9. Виконувати умови та вимоги цього Договору.

16.3.9. Виконувати усі вказівки співробітника сервісного центру Страховика або лікуючого лікаря. Якщо Застрахована особа самостійно звернулась до медичного закладу без узгодження із Страховиком, то Страховик на власний розсуд вирішує, чи були такі медичні витрати виправданими, та може відшкодувати збитки частково або відмовити у відшкодуванні.

16.3.10. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що складає комерційну таємницю Страховика, третім особам.

16.4. Страховик має право:

16.4.1. Перевіряти інформацію та документи надані Страхувальник, а також виконання Страхувальником умов і вимог Договору.

16.4.2. Ініціювати внесення змін до Договору за згодою Страхувальника, а також вимагати від Страхувальника сплати додаткової страхової премії при збільшенні ризику після укладення Договору. Невиконання цієї умови дає право Страховику при настанні страхових випадків частково або повністю відмовити у страховій виплаті.

16.4.3. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

16.4.4. На отримання інформації та відомостей, пов'язаних із страховим випадком. Строк складання страхового акту та строки здійснення страхової виплати подовжуються на період очікування вказаної інформації. При цьому Страховик надає на вимогу Страхувальника та/або Застрахованій особі або її спадкоємцям письмове повідомлення про причини подовження цих строків.

16.4.4.1. Особливості отримання такої інформації:

16.4.4.1.1. У разі необхідності Страховик або уповноважені ним особи направляють 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.

16.4.4.1.2. Органи державної влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, юридичні особи, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, зобов'язані в порядку, встановленому законом, надсилати Страховику, уповноваженим ним особам відповіді на запити про надання відомостей та копій документів, пов'язаних із подією, що має ознаки страхового випадку, у тому числі дані, що містять інформацію з обмеженим доступом. При цьому Страховик, а також його керівники та/або посадові та уповноважені особи несуть передбачену законом адміністративну, кримінальну та цивільно-правову відповідальність за розголошення інформації з обмеженим доступом.

16.4.4.1.3. Інформація та відомості надаються на запит Страховика, уповноважених ним осіб безоплатно протягом 30 календарних днів з дня надходження відповідного запиту.

16.4.10. При наявності сумнівів в наявності підстав для страхової виплати відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав.

16.4.11. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених розділами 11 та 15 Публічної частини.

16.4.12. Достроково припинити дію Договору з поверненням Страхувальнику страхової премії у повному обсязі або їх відповідної частини на підставі розділу 17 Публічної частини.

16.5. Страховик зобов'язаний:

16.5.1. Впродовж 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо отримання від Страхувальника та оформлення всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати.

16.5.2. У разі відмови, часткової відмови або відстрочки у страховій виплаті – протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення письмово повідомити про це Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови, часткової відмови або відстрочки.

16.5.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в обсязі та в строки, передбачені цим Договором.

16.5.4. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування за винятком випадків, передбачених законодавством України.

16.6. Застрахована особа має право:

16.6.1. У разі настання страхового випадку на отримання страхової виплати в межах страхової суми з урахуванням конкретних умов цього Договору.

16.6.2. Вимагати у Страхувальника та/або Страховика надання документів, що підтверджують, що вона є Застрахованою особою за цим Договором.

16.7. Відповідальність Сторін:

16.7.1. Страховик несе відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нараховується пеня.

16.7. Сторони залишають за собою право припинити взаємні обов'язки по дії Договору у випадку введення особливого положення та інших надзвичайних заходів, об'явлених в установленому порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил, дії яких неможливо запобігти або уникнути на період виникнення цих обставин.

17. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ПОДОВЖЕННЯ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

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

17.1.1. Закінчення строку дії Договору – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як останній день дії Договору.

17.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі.

17.1.3. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

17.1.4. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.

17.1.6. При його достроковому припиненні за вимогою хоча б однієї з сторін - з дня, наступного за днем, що вказаний в письмовому повідомленні про факт припинення.

17.1.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

17.2. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Підписанням Індивідуальної частини Страхувальник надає свою згоду на дострокове припинення дії Договору за ініціативою Страховика незалежно від факту виконання та/або невиконання умов Договору Страхувальником.

17.3. Про намір достроково припинити дію цього Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії Договору.

17.4. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, розмір яких вказаний в Індивідуальній частині, та фактичного розміру страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

17.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, розмір яких вказаний в Індивідуальній частині, та фактичного розміру страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

17.6. Про намір припинити дію Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі шляхом надання Заяви на припинення дії Договору.

17.7. Розмір страхової премії, що повертається відповідно до п. 17.4. або п. 17.5. Публічної частини, оформлюється шляхом складання Розрахунку протягом 10 робочих днів з моменту отримання Заяви на припинення дії Договору від Страхувальника та виплачується Страхувальнику протягом 10 робочих днів з моменту складання Розрахунку.

17.7.1. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія сплачувалась в безготівковій формі.

17.8. Порядок відмови від Договору:

17.8.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

17.8.1.1. Договорів, строк дії яких становить менше 30 календарних днів.

17.8.1.2. Випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором.

17.8.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі.

17.8.3. Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю протягом 30 календарних днів з моменту отримання повідомлення, зазначеного в п.17.8.2. цього розділу, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

17.8.4. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія сплачувалась в безготівковій формі.

17.9. Недійсність Договору:

17.9.1. Договір вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

17.9.2. Крім того, Договір визнається недійсним і не підлягає виконанню у разі:

17.9.2.1. якщо його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

17.9.2.2. якщо відсутній об'єкт страхування;

17.9.2.3. Страховиком доведено, що цей Договір укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

17.9.2.4. у Страхувальника відсутній страховий інтерес;

17.9.3. Договір визнається недійсним у судовому порядку.

17.9.4. У разі недійсності Договору кожна із Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане за цим Договором, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.

17.10. Зміни до Договору:

17.10.1. Зміни, які вносяться в Договір після його укладення, оформляються окремими додатковими угодами. Договір разом з будь-якими додатковими угодами до нього буде читатися як один документ. Спосіб укладання додаткової угоди погоджується Сторонами безпосередньо під час її укладання.

17.11. Договір може бути подовжений за згодою Сторін, шляхом укладання нового договору страхування.

18. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ / КЛІЄНТІВ СТРАХОВИКОМ

18.1. Страхувальник, інші треті особи можуть подавати звернення (скаргу) Страховику за адресою: 01133, Україна, м. Київ, бул. Лесі Українки, 26, а також в електронному вигляді на електронну скриньку skarga@alfagarant.com з дотриманням вимог, передбачених чинним законодавством України.

18.2. За захистом своїх прав та охоронюваних законом інтересів Страхувальник, інші треті особи можуть звертатися до Національного банку України, який є державним регулятором ринків фінансових послуг, за адресою: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, буд. 9, телефон 0 800 505 240, адреса електронної пошти: nbu@bank.gov.ua .

Інформація про порядок подання скарг до Національного банку України та порядок їх розгляду розміщена за гіперпосиланням <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>.

19. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

19.1. Взаємовідносини Сторін регламентуються Договором, ЗУСП та законом. У випадках, не передбачених або не врегульованих Договором, Сторони керуються ЗУСП.

19.2. Всі спори і розбіжності, пов'язані з Договором, які можуть виникнути, будуть вирішуватися шляхом переговорів між Сторонами. У випадку неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, спори будуть розглядатися згідно з чинним законодавством України.

19.3. Спори між Страховиком і Страхувальником, потерпілою третьою особою або її спадкоємцями з приводу обставин, характеру, розміру збитків і страхових виплат можуть вирішуватись із залученням відповідних експертів і оплатою їх послуг стороною, яка запрошує експерта.

19.4. За неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, спори будуть розглядатися у судовому порядку згідно з чинним законодавством України.

20. ТЕХНОЛОГІЯ (ПОРЯДОК) УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК СТВОРЕННЯ ТА НАКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ПІДПИСІВ СТОРОНАМИ ДОГОВОРУ. ДОГОВІР ПРО ВИКОРИСТАННЯ УДОСКОНАЛЕНОГО ЕЛЕКТРОННОГО ПІДПІСУ УПОВНОВАЖЕНИМ ПРЕДСТАВНИКОМ СТРАХОВИКА

20.1. Пропозиція укласти цей Договір здійснюється шляхом розміщення пропозиції (оферти) на сайті Страховика <https://alfagarant.com> та доступна за посиланням: <https://alfagarant.com/01ob>

20.2. Страхувальник для прийняття усвідомленого рішення щодо отримання фінансової послуги самостійно ознайомлюється на сайті Страховика з розміщеною пропозицією (офертою), з інформацією про Договір, з інформацією про Страховика та іншою необхідною інформацією.

- 20.3. Реєстрація в Інформаційній системі Страховика (надалі – ІС) здійснюється під час оформлення Індивідуальної частини, в яку вносяться дані Страхувальника в обсязі, достатньому для належної ідентифікації Страхувальника та задоволення потреб Страхувальника у страхуванні.
- 20.4. Ідентифікації та верифікації Страхувальника проводяться відповідно до Закону України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення” та Положення про здійснення установами фінансового моніторингу, затвердженого Постановою Правління Національного банку України 28.07.2020 №107, в порядку та в спосіб, визначені у внутрішніх документах Страховика, витяги з яких розміщені на сайті Страховика та доступні за посиланням на сайті Страховика <https://alfagarant.com>.
- 20.5. Страхувальник при оформленні Індивідуальної частини повинен зазначити повну, актуальну та достовірну інформацію необхідну для укладання та виконання Договору, створення електронного підпису, ідентифікації в інформаційній системі Страховика. Така інформація має бути чинна на момент її подання.
- 20.6. Після внесення всієї інформації до Індивідуальної частини та обрання умов страхування, Страхувальник отримає повідомлення на номер телефону/повідомлення на електронну адресу, що вказано при реєстрації в ІС Страховика, яке містить унікальне посилання на Особистий кабінет.
- 20.7. Для входу в Особистий кабінет Страхувальник використовує отриманий логін, яким є унікальне посилання на Особистий кабінет, та пароль, за збереження якого в таємниці від третіх осіб Страхувальник несе особисту відповідальність.
- 20.8. Після опрацювання ІС Страховика інформації Страхувальника, зазначеної при формуванні Індивідуальної частини, в Особистому кабінеті розміщується Індивідуальна частина, сформована за обраними параметрами та згенерована для підпису.
- 20.9. Страхувальнику надається можливість вивчити умови цього Договору, включаючи усі його суттєві умови. Пропозиція укласти Договір на умовах, визначених в Індивідуальній частині є чинною до закінчення доби, в якій її було сформовано.
- 20.10. У випадку згоди з умовами Індивідуальної та Публічної частини Страхувальник підписує Індивідуальну частину відповідно до Закону України «Про електронну комерцію» електронним підписом одноразовим ідентифікатором. Узгодженим способом передання одноразового ідентифікатора є його розміщення в Особистому кабінеті. У випадку незгоди з умовами Договору Страхувальник не підписує Індивідуальну частину одноразовим ідентифікатором.
- 20.11. У випадку виявлення помилок в інформації та/або умовах страхування до підписання Договору, така Індивідуальна частина формується Страховиком в новій редакції та висилається новий одноразовий ідентифікатор.
- 20.12. Страховик підписує Договір удосконаленим електронним підписом уповноваженого представника Страховика з кваліфікованою електронною позначкою часу.
- 20.13. Договір вважається укладеним з моменту накладання удосконаленого електронного підпису уповноваженого представника Страховика на Індивідуальну частину, яка підписана Страхувальником одноразовим ідентифікатором.
- 20.14. Примірник Договору, а також додатки до нього (за наявності), надсилаються Страхувальнику одразу після його підписання, але до початку надання йому фінансової послуги.
- 20.15. Узгодженим Сторонами способом надсилання (повторного надсилання) Страхувальника примірника укладеного Договору та додатків до нього є розміщення в Особистому кабінеті такого примірника Договору, що містить удосконалений електронний підпис уповноваженого представника Страховика із кваліфікованою електронною позначкою часу, якщо інший спосіб не зазначений Страхувальником в Індивідуальній частині.
- 20.16. У випадку необхідності виготовлення та отримання засвідчених копій Договору на папері з цього електронного Договору, Страхувальник може звернутися до Страховика шляхом направлення листа поштою за адресою місцезнаходження Страховика або на електронну пошту: info@alfagarant.com . Засвідчена копія Договору надсилається за адресою Страхувальника, яка зазначена в Індивідуальній частині, та/або видається особисто.
- 20.17. Обмін іншими повідомленнями здійснюється на розсуд Страховика в електронній та/або в паперовій формах, за адресами, зазначеними в Індивідуальній частині.
- 20.18. Внесення змін до цього Договору здійснюється шляхом укладання додаткової угоди, які можуть оформлюватись в паперовій формі або в електронній формі. Спосіб укладання додаткової угоди погоджується Сторонами безпосередньо під час її укладання.
- 20.19. Спосіб зберігання та пред’явлення електронних документів, повідомлень, іншої інформації в електронній формі та умови доступу до них, визначаються внутрішніми політиками Страховика, витяги з яких за вимогою Страхувальника можуть бути розміщені в Особистому кабінеті.

20.20. Страховиком визнаються дійсними Договір та документи, що стосуються укладання та виконання цього Договору, які підписані шляхом накладання удосконаленого електронного підпису уповноваженого представника Страховика із кваліфікованою електронною позначкою часу, в межах повноважень, наданих довіреністю та/або договором доручення. Для укладання Договору можуть бути використанні лише удосконалені підписи представників Страховика, інформація про які розміщена на сайті Страховика <https://alfagarant.com>. Підтвердження дійсності таких документів не потребує застосування будь-яких інших процедур, окрім перевірки дійсності удосконаленого електронного підпису в спосіб, визначений законодавством України.

20.21. Удосконалений електронний підпис уповноваженого представника Страховика є таким, що пройшов перевірку, якщо він відповідає вимогам, визначеним законодавством України.

20.22. Розподіл ризиків збитків, що можуть бути заподіяні підписувачам цього Договору і третім особам, у разі використання удосконаленого електронного підпису, здійснюється за загальними принципами цивільного законодавства України. Сторона, діями якої завдано збитків іншій стороні і третім особам, зобов'язана відшкодувати такі збитки.

21. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

21.1. Підставою обробки Страховиком персональних даних є підстави, визначені пунктами 3 та 5 частини першої статті 11 Закону України «Про захист персональних даних», а саме: укладення та виконання правочину, стороною якого є суб'єкт персональних даних або який укладено на користь суб'єкта персональних даних; необхідність виконання обов'язку надавача фінансових послуг, який передбачений законом. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страхувальник також: надає згоду на обробку своїх персональних даних та підтверджує, що повідомлений Страховиком про свої права згідно зазначеного вище Закону, а також підтверджує, що повідомлений(на) про включення його персональних даних до бази персональних даних «Контрагенти» Страховика.

21.2. Підписанням Договору Страхувальник:

21.2.1. Надає згоду на запис та використання телефонних розмов, а також листування, а Страховик гарантує використання інформації (в тому числі запису телефонних розмов), отриманої від Страхувальника, відповідно до чинного законодавства України.

21.2.2. Підтверджує, що він не є національним, іноземним публічним діячем та діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб.

21.2.3. Підтверджує, що до підписання Договору повідомлений про право звернення з запитом на індивідуальну консультацію Страховика.

21.2.4. Підтверджує, що ТДВ СК "Альфа-Гарант" до укладення цього Договору надала йому інформацію в обсязі, передбаченому Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та наданої інформації достатньо для прийняття усвідомленого рішення про укладання договору страхування шляхом відкритого доступу до сайту Страховика за посиланням alfagarant.com.

21.3. Застереження про необхідність збереження інформації, що становить таємницю страхування:

Склад та обсяг інформації, що становить таємницю страхування, визначені Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», а також нормативними актами Національного банку України.

Підписанням Договору Страхувальник надає згоду (дозвіл) на розкриття Страховиком фізичним, юридичним особам та державним органам інформації, що становить таємницю страхування, в тому числі (але не виключно) пов'язаної з встановленням причин та обставин настання події, яка має ознаки страхового випадку, та визначення розміру завданих збитків.

21.4. Застереження:

Договір страхування є документом, що містить інформацію, яка становить таємницю страхування та таємницю фінансової послуги.

До таємниці страхування належить сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома страховику (перестраховику) або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестраховування) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги.

До таємниці фінансової послуги, зокрема, належить інформація про:

- 1) рахунки клієнта;
- 2) операції, проведені на користь чи за дорученням клієнта, вчинені ним правочини;
- 3) фінансовий або майновий стан клієнта;
- 4) організацію та здійснення охорони надавачів фінансових послуг та/або посередників та осіб, які перебувають у приміщеннях надавачів фінансових послуг та/або посередників, а також будь-яка

інформація про коди (шифрування тощо), що використовуються надавачем фінансових послуг та/або посередником для захисту інформації;

5) організаційно-правову структуру клієнта - юридичної особи, її керівників, напрями діяльності;

6) діяльність клієнтів чи інша інформація, що становить комерційну таємницю, про будь-який проект, винахід, зразки продукції тощо, інша комерційна інформація;

7) надавачів фінансових послуг та/або посередників та їхніх клієнтів, що отримується/збирається Регулятором під час здійснення своїх повноважень, у тому числі під час здійснення нагляду, включаючи валютний нагляд, оверсайту, а також перевірок з питань дотримання вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, законодавства з питань застосування персональних спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій), законодавства про захист прав споживачів;

8) надавачів фінансових послуг та/або посередників та їхніх клієнтів, що отримується Національним банком України відповідно до міжнародного договору або за принципом взаємності від органу нагляду за фінансовими установами іноземної держави Інформація, яка містить таємницю страхування та таємницю фінансової послуги підлягає збереженню та необхідно забезпечувати її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб, в тому числі працівниками Страховика, страхового посередника та інших осіб, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування.

21.5. Страхувальник при оформленні Індивідуальної частини повинен зазначати повну, актуальну та достовірну інформацію необхідну для укладання та виконання Договору. Така інформація має бути чинна на момент її подання.

21.6. У випадку необхідності виготовлення та отримання засвідчених копій Договору Страхувальник може звернутися до Страховика шляхом направлення листа поштою за адресою місцезнаходження Страховика або на електронну пошту: info@alfagarant.com. Засвідчена копія Договору надсилається за адресою Страхувальника, яка зазначена в Індивідуальній частині, та/або видається особисто.

21.7. Обмін іншими повідомленнями здійснюється на розсуд Страховика в електронній та/або в паперовій формах, за адресами, зазначеними в Індивідуальній частині.

21.8. Умовами Договору не передбачено іншого порядку відмови від Договору після його укладання, ніж на умовах припинення дії Договору, визначених розділом 17 Публічної частини.

21.9. Договір не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, які не є страховими.