

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. **Страховий ризик** – подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.2. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.3. **Розлад здоров'я** – погіршення фізичного здоров'я, що виникло у Застрахованої особи внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції (**що викликана вірусом SARS - CoV-2 (COVID - 19)**) або її ускладнень, що потребує медичної допомоги в умовах невідкладного **Стационару** та/або **Амбулаторно-поліклінічного обслуговування**, яка виникла не раніше від дати набрання чинності Договору.

2.4. **Медична допомога** – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, включаючи реанімаційні заходи, які надаються Застрахованій особі при невідкладному стані, що виник внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції (**що викликана вірусом SARS - CoV-2 (COVID - 19)**) або її ускладнень і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших ушкоджень, що потребує медичної допомоги в умовах невідкладного **Стационару** та/або **Амбулаторно-поліклінічного обслуговування**.

2.5. **Сервісна компанія** - асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо забезпечення надання медичних та інших послуг (далі - медична послуга) Застрахованим особам і координує їх дії у разі настання страхового випадку (далі – Сервісна служба).

2.6. **Застрахована особа** – фізична особа на користь якої укладено цей Договір.

2.7. За цим Договором на страхування приймаються дієздатні фізичні особи за Програмами страхування «**ЕКСПРЕС**» та «**ЕКСПРЕС+**» (п.1.3 Договору), що самостійно обираються Страхувальником.

2.8. **Страхова сума** за Програмами страхування «**ЕКСПРЕС**» та «**ЕКСПРЕС+**» зазначена у п.1.4 відповідно.

2.9. Страхова виплата за:

2.9.1. **Амбулаторно-поліклінічне обслуговування** здійснюється в межах визначеного ліміту страхової суми за відповідною Програмою страхування один раз в період дії цього Договору.

2.9.2. **Стационарне лікування (невідкладне)** здійснюється в межах визначеного ліміту страхової суми за відповідною Програмою страхування один раз в період дії цього Договору.

2.10. **Медичний заклад** – заклад та/або установа системи охорони здоров'я, що має відповідну ліцензію МОЗ України на медичну практику.

2.11. **Стационар (невідкладний)** – структурний підрозділ системи охорони здоров'я або форма лікувально-профілактичного закладу для надання медичної допомоги фізичним особам в умовах цілодобового перебування під постійним наглядом медичних працівників.

За цим Договором Стационар (невідкладний) - забезпечення та оплата вартості медичних послуг в умовах стационару, а саме: проведення сучасних діагностичних (лабораторних, апаратних та інструментальних) досліджень, консультації фахівців відповідного профілю, консервативне лікування, лікувальні маніпуляції та процедури, забезпечення **медикаментами**; транспортування Застрахованої особи до іншого медичного закладу за призначенням лікаря.

2.12. **Амбулаторно-поліклінічне обслуговування** - багатопрофільна чи спеціалізована лікувально-профілактична установа для надання амбулаторної медичної допомоги хворим на прийомі та (або) вдома.

2.13. **Медикаментозне забезпечення (далі – медикаменти)** лікувального процесу Застрахованої особи здійснюється мережею аптечних установ, що мають відповідну ліцензію (далі – аптека), та мають договірні відносини із Сервісною службою або Страховиком. Медикаменти надаються на підставі рецепта лікаря відповідного медичного закладу, де надаються медичні послуги.

Вартість медикаментів здійснюється в межах ліміту страхової виплати за амбулаторним-поліклінічним обслуговуванням та стаціонарним лікуванням за відповідною Програмою страхування (п.1.3, п.1.4 Договору).

2.14. **Франшиза** за цим Договором не застосовується.

2.15. **Гранична сума виплати** – страхова сума, що зменшена на суму попередніх страхових виплат.

2.16. У разі, якщо **Вигодонабувач** за цим Договором не призначений, то право на страхову виплату у разі смерті Застрахованої особи отримує спадкоємець.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. **Страховим випадком** за Договором є:

- звернення Застрахованої особи до медичного закладу у разі виникнення розладу здоров'я відповідно до умов Договору внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції (**що викликана вірусом SARS - CoV-2 (COVID - 19)**) або її ускладнень, що потребує медичної допомоги в умовах невідкладного **Стационару** та/або **Амбулаторно-поліклінічного обслуговування**.

- смерть Застрахованої особи **внаслідок** виникнення розладу здоров'я, внаслідок лабораторно підтвердженої коронавірусної інфекції (що викликана вірусом Коронавірусу SARS - CoV-2 (COVID - 19) або її ускладнень.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

4.1. Страховими випадками за цим Договором не визнаються події, що відбулися внаслідок або під час:

4.1.1. навмисних дій Застрахованої особи, Вигодонабувача або спадкоємців Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;

4.1.2. безпосереднього або опосередкованого впливу військових дій, введення військового стану, громадських заворушень та страйків;

4.1.3. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, токсичного впливу транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин не було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

4.1.4. вроджених вад;

4.2. За страховим випадком Страховик не здійснює страхові виплати, пов'язані з витратами:

4.2.1. на медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, яке не є невідкладним і спрямоване на лікування супутніх хронічних захворювань;

4.2.2. пов'язані з наслідками алкоголізму та сп'яніння, вживання ліків і наркотичних засобів без призначення лікаря;

4.2.3. на лікування психічних розладів та захворювань, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи, а також на лікування депресії;

4.2.4. на діагностику та лікування вроджених, хронічних захворювань та хвороб, що почалися ще до початку дії цього Договору, крім випадків, що потребують негайної допомоги лікаря для врятування життя Застрахованої особи;

4.2.5. на ведення вагітності та її наслідки або ускладнення, зокрема: аборт, пологи;

4.2.6. на лікування дермато-венеричних та інших захворювань, що передаються статевим шляхом;

4.2.7. на лікування будь-яких опортуністичних хвороб Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;

4.2.8. на водолікування, геліотерапію, косметичне лікування;

4.2.9. на протезування, придбання протезів та ортопедичних апаратів;

4.2.10. на щеплення;

4.2.11. на будь-яке отримання стоматологічних послуг;

4.2.12. на обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія, БАДи тощо; мануальна терапія,

Публічний договір-Оферта «COVID-19 STOP»
до договору добровільного особистого страхування фізичних осіб
Форма 112/109-14, Серія 112/109-14 № _____

масаж (крім дренажного); використання барокамери та лазерних технологій;

4.2.13. на профілактичні, реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи; медикаменти, призначені з метою профілактики: біостимулятори, імунізація, вакцинація, хондро- та гепатопротекторів; гомеопатія, імуномодулятори та пробіотики; загальноукріплюючі препарати, стимулятори загальної дії; ферментів загальної дії;

4.2.14. на медикаменти, послуги та товари медичного призначення передбачені програмою страхування, але не призначені лікарем, ліки, придбані поза аптечною мережею України, засоби догляду, допоміжні засоби медичного користування, косметичні та гігієнічні засоби; забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери тощо);

4.2.15. на будь-які хірургічні втручання;

4.2.16. на діагностику гомеостазу організму (імунограма, алергопроби тощо);

4.2.17. на віддалені ускладнення гострих респіраторних захворювань, що виникли через 21 (двадцять один) та більше днів від дати встановлення діагнозу;

4.2.18. на виклик лікаря додому, оформлення медичних довідок та листків непрацездатності;

4.2.19. на лікування, що проходить після закінчення дії Договору, крім випадків, коли **стаціонарне лікування (невідкладне)** розпочато в період дії цього Договору. В цих випадках Страховик здійснює страхові виплати в розмірі витрат на стаціонарне лікування за період не **більше ніж 5 днів** від дати закінчення дії Договору;

4.2.20. епідемій особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, туляремія, геморагічні лихоманки);

4.2.21. на будь-які тести на виявлення Коронавірусу SARS - CoV-2 (COVID – 19);

4.2.22. на обстеження та лікування будь-яких гострих респіраторних вірусних інфекцій (захворювання) (окрім лікування Коронавірусу SARS - CoV-2 (COVID – 19).

5. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

5.1. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного у п. **1.8** Договору як дата початку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика, та припиняється після завершення 24-ої години дня, зазначеного в Договорі як дата його закінчення.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

6.1.1. Отримати страхову виплату в порядку, передбаченому Договором.

6.1.2. Достроково припинити дію Договору згідно із законодавством України.

6.1.3. Ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору.

6.1.4. Одержати дублікат Договору у разі його втрати.

6.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

6.2.1. Ознайомитися з умовами Договору і Правилами.

6.2.2. Вносити страхові платежі у розмірах і у строки, визначені Договором.

6.2.3. При укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

6.2.4. **Упродовж 3 (три) робочих днів** повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (відомостей, зазначених у цьому Договорі). У разі збільшення ступеня ризику укласти на вимогу Страховика додаткову угоду до Договору і внести додатковий страховий платіж.

6.2.5. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору.

6.2.6. Виконувати в повному обсязі умови Договору. Порухення умов Договору Застрахованою особою розцінюється як порушення умов Договору самим Страхувальником.

6.2.7. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків унаслідок настання страхового випадку.

6.2.8. У разі настання події, що містить ознаки страхового випадку діяти відповідно до умов та вимог, викладених у **Розділі 7** Договору.

6.2.9. Погоджувати зі Страховиком або Сервісною службою всі дії, що пов'язані з отриманням лікування.

6.2.10. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Сервісної служби або Страховика;

6.2.11. Надати право вільного доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

6.2.12. Повідомити Страховика про настання події, що містить ознаки страхового випадку відповідно до умов викладених у **Розділі 7**.

6.2.13. Після настання події, що містить ознаки страхового випадку надавати Страховику всю необхідну інформацію для встановлення факту настання страхового випадку, обставин та причин його виникнення.

6.2.14. Надати Страховику всі документи для здійснення страхової виплати.

6.2.15. Повернути Страховику отриману страхову виплату в повному обсязі упродовж 30 робочих днів, якщо упродовж передбачених законодавством України строків позовної давності були виявлені обставини, що за законодавством України або відповідно до умов Договору позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на страхову виплату.

6.2.16. Виконувати інші умови Договору.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. З'ясувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі надані Страхувальником документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру страхової виплати, та відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати (або відмову у здійсненні страхової виплати) до отримання всіх необхідних документів від компетентних органів, повідомивши про це Страхувальника у письмовій формі; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

6.3.2. Ініціювати внесення змін до Договору і вимагати від Страхувальника внесення додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику.

6.3.3. Відмовити у страховій виплаті у випадках та в порядку, передбачених Договором.

6.3.4. Якщо Страхувальник/Застрахована особа без поважних причин не повідомила Страховика про настання страхового випадку - відмовити в страховій виплаті.

6.3.5. На дострокове припинення дії Договору згідно із законодавством України.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору і Правилами.

6.4.2. Упродовж двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення необхідних документів для своєчасної страхової виплати.

6.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоечасну страхову виплату шляхом сплати Застрахованій особі пені у розмірі **0,01%** суми заборгованості за кожний день прострочення, але не більше з розрахунку подвійної облікової ставки НБУ, яка діє у період, за який нарахована пеня.

6.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

6.5. За згодою Сторін страхова сума може бути збільшена протягом терміну дії Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору і внесення додаткового страхового платежу.

7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа або її довірена особа (представник/Вигодонабувач) зобов'язані:

Публічний договір-Оферта «COVID-19 STOP»
до договору добровільного особистого страхування фізичних осіб
Форма 112/109-14, Серія 112/109-14 № _____

7.1.1. негайно зв'язатись із Сервісною службою за вказаними у Договорі телефонами, що вказані на першій сторінці Договору і повідомити таку інформацію: номер Договору; прізвище та ім'я Застрахованої особи; місце перебування та контактний телефон; докладний опис обставин, що склалися, а також характер необхідної допомоги.

7.1.2. Узгодити із Сервісною службою всі свої подальші дії з отримання невідкладної допомоги та діяти у суворій відповідності до її інструкцій і рекомендацій.

7.1.3. Вжити всіх можливих заходів з метою запобігання або зменшення збитків.

7.2. У випадку, якщо Застрахована особа (особисто або через свого представника) з об'єктивних та поважних причин не змогла зв'язатись із Сервісною службою для отримання необхідної медичної допомоги і була змушена самостійно оплатити вартість наданої їй невідкладної медичної допомоги, вона повинна самостійно або через свого представника при першій же можливості повідомити Страховика або Сервісну службу про факт звернення за допомогою і про суму своїх витрат. У разі невиконання цієї вимоги набувають чинності умови п. 9.1.3 Договору.

7.3. У разі самостійної оплати медичних послуг надати Страховику документи визначені у Розділі 8 Договору, при цьому подати письмову заяву про страхову виплату (за встановленою Страховиком формою) не пізніше **30 (тридцять) календарних днів** від дати виписки зі стаціонару або оплати наданої медичної послуги. Якщо з поважних причин Страхувальник, його представник чи Застрахована особа, не змогли подати Страховику Заяву про страхову виплату у встановлений Договором термін, вони зобов'язані підтвердити це документально.

7.4. У разі смерті Застрахованої особи надати Страховику документи визначені у Розділі 8 Договору, при цьому подати письмову заяву про страхову виплату (за встановленою Страховиком формою) не пізніше **30 (тридцять) календарних днів** від дати зазначеної у Свідоцтві про смерть або оплати наданої медичної послуги.

8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Для врегулювання страхового випадку (в разі самостійної оплати медичних послуг) Страхувальник, Застрахована особа зобов'язані надати Страховику достовірну інформацію і документи, необхідні для підтвердження факту, причин та обставин настання страхового випадку і визначення розміру страхової виплати, а саме:

8.1.1. письмова заява про страхову виплату (встановленої Страховиком форми);

8.1.2. копію цього Договору;

8.1.3. документ, що посвідчує особу - одержувача страхової виплати;

8.1.4. довідка про присвоєння ідентифікаційного номера одержувача страхової виплати;

8.1.5. копію виписного епікризу від медичного закладу (на фірмовому бланку закладу або з відповідним штампом) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, докладних відомостей про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти із зазначенням їх кількості;

8.1.6. рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату;

8.1.7. оригінали документів, що підтверджують факт оплати за медикаменти та медичні послуги, передбачені умовами Договору (розрахунково-касові документи, товарні чеки, тощо);

8.1.8. для дітей віком до 14 років – свідоцтво про народження дитини, паспорт та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків/опікунів;

8.1.9. у разі смерті Застрахованої особи – свідоцтво про смерть; свідоцтво про право на спадщину - у разі, якщо **Вигодонабувач** за цим Договором не призначений.

8.2. Для прийняття обгрунтованого рішення за заявленою подією та з'ясування обставин страхового випадку Страховик має право:

8.2.1. письмово вимагати подання інших документів з обгрунтуванням причин вимоги, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку;

8.2.2. надсилати запити до правоохоронних органів, медичних установ, інших підприємств, установ та організацій, які володіють інформацією про обставини та причини настання страхового випадку.

8.3. Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими згідно з вимогами законодавства України, засвідчені належним чином.

9. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ ЗБИТКІВ ТА ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

9.1. Страхова виплата як оплата медичних послуг, передбачених Договором, організованих Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків.

9.1.1. Якщо на дату закінчення строку Договору Застрахована особа потребує невідкладної медичної допомоги, то Страховик відшкодовує витрати на подальше невідкладне лікування Застрахованої особи строком не більше **5 (п'ять) календарних днів** за умови, що такі витрати не виходять за межі страхової суми (граничної суми виплати) за медичною послугою «**Стаціонар (невідкладний)**».

9.1.2. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою), витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів відповідно до **Розділу 8** Договору, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

9.1.3. У разі самостійної оплати вартості послуг Страхувальником (Застрахованою особою), якщо Застрахована особа без поважних причин не узгодила суму витрат із Сервісною службою та/або Страховиком, то витрати Застрахованої особи Страховиком не відшкодовуються.

9.2. Страховик приймає рішення про страхову виплату (складає страховий акт) або відмову у страховій виплаті **впродовж 15 робочих днів** від дня одержання Страховиком останнього необхідного документи, що підтверджує факт настання, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

9.3. Страхова виплата здійснюється на підставі заяви про страхову виплату Застрахованої особи та складеного Страховиком страхового акта, із визначенням розміру страхової виплати; Страховик здійснює страхову виплату **впродовж 10 (десять) робочих днів** після прийняття рішення (складання страхового акту).

9.4. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик надсилає Страхувальнику та Застрахованій особі у письмовій формі з обгрунтуванням причин **впродовж 10 (десять) робочих днів** від дня його прийняття.

9.5. У разі внесення Страхувальником страхового платежу не в повному обсязі незалежно від причин розмір страхової виплати визначається пропорційно відношенню розміру фактично внесеного страхового платежу до загального страхового платежу за Договором.

9.6. Розрахунок страхової виплати здійснюється в межах страхової суми (граничної суми виплати) за обраною Програмою страхування.

9.7. За цим Договором при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату в межах зазначених лімітів страхової виплати за відповідним ризиком за обраною Програмою страхування.

9.8. Загальний розмір страхової виплати не може перевищувати страхової суми за обраною Програмою страхування за цим Договором.

10. УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Усі зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Сторін шляхом укладення додаткової угоди до Договору і внесення додаткового страхового платежу (якщо така сплата передбачена

Публічний договір-Оферта «COVID-19 STOP»
до договору добровільного особистого страхування фізичних осіб
Форма 112/109-14, Серія 112/109-14 № _____

умовами додаткової угоди). Після укладення додаткової угоди вона стає невід'ємною частиною Договору.

10.2. Дія Договору припиняється і Договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

10.2.1. закінчення строку дії Договору;

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

10.2.3. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати його дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

10.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.2.5. ухвалення судового рішення про визнання Договору недійсним;

10.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.3. Дію Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана належним чином повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору. Дострокове припинення здійснюється на підставі ст. 28 Закону України «Про страхування». Норматив витрат на ведення справи за Договором складає **40%**.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

У разі невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України. Спори, пов'язані з Договором, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення домовленості - у порядку, передбаченому законодавством України.

12. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

12.1. Усі повідомлення та відомості, що надсилаються Страховиком та Страхувальником один одному за Договором, повинні бути здійснені у письмовій формі і будуть вважатися наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом або надані особисто з врученням під підпис відповідальної особи, а також надані/повідомлені телефоном, телеграфом, телетайпом, телефаксом, електронною поштою тощо з наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою повторного повідомлення чи документа посильним.

12.2. Керуючись ст. 18 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» при укладанні Договору Страховик проводить заходи з ідентифікації особи Страхувальника, його представника та Вигодонабувача в порядку, передбаченому законодавством України та внутрішніми документами Страховика, на підставі наданих особою оригіналів документів, копій документів, посвідчених нотаріально, або копій документів, що засвідчені підприємством (установою, організацією), яке їх видало. При наданні фінансових послуг Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи та передбачені законодавством відомості, необхідні для з'ясування його особи, особи його представника та Вигодонабувача.

12.3. Страхувальник відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»:

12.3.1. стосується страхувальників - фізичних осіб: надає Страховику згоду на здійснення обробки своїх персональних даних з метою реалізації цивільно-правових та адміністративно – правових відносин у обсязі та на строк, що необхідні для реалізації мети, а також на передачу своїх персональних даних третім особам та/або розпорядникам, які залучаються Страховиком; засвідчує, що ознайомлений зі ст. 8 вказаного закону щодо своїх прав як суб'єкта персональних даних та підтверджує, що повідомлений про включення інформації про нього до бази персональних даних Страховика;

12.3.2. стосується страхувальників - юридичних та фізичних осіб у випадку зазначення персональних даних вигодонабувача – фізичної особи, щодо якої відсутня можливість безпосереднього отримання згоди: гарантує, що ним виконано всі необхідні дії відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», зокрема:

отримано згоду суб'єкта персональних даних на здійснення Страховиком обробки персональних

даних, які надаються, з метою реалізації цивільно-правових та адміністративно – правових відносин у обсязі та на строк, що необхідні для реалізації мети, а також на передачу його персональних даних третім особам та/або розпорядникам, які залучаються Страховиком; повідомлено суб'єкта персональних даних про права як суб'єкта персональних даних відповідно до ст. 8 вказаного закону та про включення інформації про нього до бази персональних даних Страховика.

12.3.3. Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору йому було надано Страховиком інформацію, зазначену в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

12.3.4. Страхувальник уповноважує ПАТ «НАСК «ОРАНТА» направляти запити від його імені для отримання інформації, та відомостей необхідних для врегулювання страхового випадку.