

## **Умови страхування «АСКАНІЯ ГРУП»**

### **1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

- 1.1. Згідно Договору Страховик надає Страховий захист Застрахованим особам у випадках, які передбачені Договором.
- 1.2. Згідно Договору Страховик забезпечує організацію надання медичних послуг Застрахованим особам відповідною службою Страховика, а також оплату вищевказаних послуг.
- 1.3. Умови цього Договору страхування можуть дублювати деякі положення Загальних умов, без порушення вимог законодавства щодо Договорів страхування, з метою сприяння кращому сприйняттю, розумінню і виконанню Страхувальником умов цього Договору страхування.  
У випадку виникнення протиріч між положеннями Програми страхування (Додаток №2) та положеннями Додатку №3 (Список виключень), пріоритетну силу мають положення Програми страхування (Додаток №2).
- 1.4. Сторони дійшли згоди використовувати корпоративну електронну пошту (домен ingo.ua) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії Договору та при врегулюванні страхового випадку з використанням КЕП, та/або з використанням простого електронного підпису, копій документів (за поданням оригіналів у терміни, визначені Договором для подання повного комплексу документів за випадком).
- 1.5. Усі визначення понять, що використовуються у цьому Договорі страхування, зазначені в Розділі 1 Загальних умов.
- 1.6. Усі повідомлення між Сторонами вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені одним із способів:
  - рекомендованим листом, за адресами, зазначеними у Договорі,
  - факсимільним зв'язком із підтвердженням про отримання,
  - кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі, з оплатою послуг доставки стороною-відправником повідомлення,
  - службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною відповідно до умов даного Договору, заяви на страхування;
  - аудіозвернень до Контакт-Центру Страховика та звернень представників Контакт-Центру до Страхувальника;
  - шляхом доступу до сервісів обміну та підписання електронних документів за допомогою сервісу електронного документообігу, з використанням кваліфікованого електронного підпису (КЕП) та/або з використанням простого електронного підпису.
  - копій документів - за допомогою месенджерів в порядку та у випадках, погоджених Сторонам, з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору.

### **2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ**

- 2.1. Договір страхування укладається відповідно до Розділу 9 Загальних умов, зокрема, але не обмежуючись, дистанційно з використанням інформаційно-комунікаційної/их системи/м у формі електронного документа у порядку, передбаченому чинним законодавством України у сфері е. комерції.
- 2.2. Для укладення Договору страхування (індивідуальної частини) Страхувальник фізична особа, попередньо ознайомившись на сайті Страховика з Умовами страхування, Програмою страхування та Загальними умовами продукту, що є публічною частиною договору (оферти) вносить/ вводить інформацію про себе та об'єкт страхування відповідно до усіх обов'язкових параметрів/ полів електронної форми для формування пропозиції укласти електронний Договір страхування та здійснення належної перевірки, проведення ідентифікації та верифікації (у один із визначених пунктом 9.12. Загальних умов спосіб), надає згоду на обробку власних персональних даних, які можуть зазначатись умовами індивідуальної частини Договору страхування, а саме:
  - 2.2.1. обирає/вибирає необхідні за його індивідуальною потребою у страхуванні умови страхового продукту та покриття, в тому числі, але не виключно: вартість страхового покриття(розрахунок онлайн калькулятором), період страхування, територію покриття, розмір франшизи, розмір страхового тарифу інші запитовані електронною формою/формуляром/заявою (далі форма) критерії умов;

- 2.2.2. прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження, адреса, серію (за наявності) та номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності);
- 2.2.3. зазначає/вводить інформацію для ідентифікації кожного об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт за критеріями форми;
- 2.2.4. якщо Договором страхування зазначаються особи, які мають право на отримання страхової виплати (вигодонабувач застрахована особа), то Страхувальник зазначає/вводить інформацію для ідентифікації вигодонабувача, кожної застрахованої особи, що дає змогу встановити особу: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дату народження.
- Інша інформація щодо ідентифікації застрахованої особи надається на вимогу страховика, включаючи: адресу, серію (за наявності) та номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності).
- 2.2.5. зазначає/вводить інформацію про актуальний номер власного мобільного телефону, актуальну адресу електронної пошти для комунікації з Страховиком.
- 2.3. Страховик на підставі отриманої через інформаційно-телекомунікаційну систему інформацію за формою формує Індивідуальну частину Договору страхування, в якій міститься посилання на публічну частину, та надсилає Страхувальнику Пропозицію (проект індивідуальної частини Договору страхування), яка дійсна для підписання/акцепту до зазначеної в ній дати.
- 2.4. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику текстовим повідомленням у формі смс повідомлення на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону.
- 2.5. Для підписання Договору страхування Страхувальнику передається/надсилається на зазначену ним адресу електронної пошти або номер мобільного телефону, або іншим погодженим Сторонами способом лінк-посилання на веб-сторінку, яке має поле для вводу/внесення одноразового ідентифікатора до інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика.
- 2.6. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Пропозиції вважається вчинення послідовності наступних дій:
- 2.6.1. підписання Страхувальником Договору страхування електронним підписом одноразовим ідентифікатором;
- 2.6.2. сплата страхового платежу, який здійснюється відповідно умов Договору страхування, може бути реалізована у будь-який з способів, передбачених Пропозицією.
- 2.7. Перед підписанням Договору страхування (індивідуальної частини) одноразовим ідентифікатором, Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їх достовірність.
- 2.8. При зазначеному, Сторони розуміють, що підписання Договору страхування зі сторони Страхувальника відбувається після введення отриманого ним одноразового ідентифікатора електронного підпису до інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика.
- 2.9. В результаті реалізації пунктів 2.4. - 2.8. електронний підпис одноразовим ідентифікатором Страхувальника, який прийняв пропозицію додається (приєднується) до Договору страхування з боку Страхувальника, який прийняв пропозицію.
- 2.10. Після отримання примірника/ів підписаного Страхувальником Договору страхування (індивідуальної частини), Уповноважена особа Страховика підписує індивідуальну частину Договору страхування кваліфікованим електронним підписом (КЕП) із зазначенням кваліфікованої позначки часу та дати його укладення.
- 2.11. Підписаний Сторонами примірник Договору страхування (індивідуальної частини) надсилається Страхувальнику на зазначену ним електронну адресу для комунікації, протягом 24-х годин з моменту підписання кваліфікованим електронним підписом керівника та/або уповноваженої особи Страховика, але не пізніше початку строку його дії.

### **3. УМОВИ СПЛАТИ ТА РОЗРАХУНОК СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ ЗА ДОДАТКОВО ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ**

- 3.1. У разі несплати Страхового платежу або його частини в строк, встановлений в пункті 8 Договору, відповідальність Страховика призупиняється до дати погашення заборгованості плюс один робочий день. При цьому період, за який був несплачений Страховий платіж, зараховується в Строк дії Договору страхування. В період призупинення відповідальності Страховика за Договором, Асистуючі послуги надаються Застрахованим особам тільки за умови оплати вартості медичних послуг самою Застрахованою особою, з подальшим Страховим відшкодуванням її витрат, що здійснюється після погашення заборгованості Страхувальником.

- 3.2. Страхова премія за додатково Застрахованих осіб визначається на пропорційній основі відповідно до періоду часу, що залишився до закінчення дії Договору. Страхова сума для додатково Застрахованих осіб визначається наступним чином:
- 3.2.1. для Страхового ризику з кодом А\* - пропорційно періоду часу, що залишився до закінчення дії даного договору;
- 3.2.2. для інших Опцій та Страхових ризиків програм, згідно пункту 4 Договору, в тому числі Страхова сума, залишається без змін.
- 3.3. Строк дії Договору щодо додатково Застрахованих осіб, не може перевищувати загального Строку дії Договору.
- 3.4. Прийняття на страхування додатково застрахованих осіб відбувається шляхом підписання Сторонами додаткової угоди до Договору страхування.

#### **4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

- 4.1. Страховик не відшкодовує витрати, що пов'язані із Захворюваннями або станами (та/або їх ускладненнями), з урахуванням послуг, що наведені в списку виключень (Додаток № 3 до Договору), далі по тексту – «Список виключень».

#### **5. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 5.1. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, вказано у Розділі 6 Загальних умов.

#### **6. ФОРМА ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

- 6.1. Форма та умови здійснення страхової виплати вказані у Розділі 7.1. Загальних умов.

#### **7. ПРОЦЕДУРИ, ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ТА ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ТА СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

- 7.1. Застрахована особа вправі отримати Страхове відшкодування вартості самостійно оплачених послуг в Медичних закладах та інших установ або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), що не включені до Електронного переліку закладів з врахуванням п. 6.2 Загальних умов.
- 7.2. Для отримання Страхового відшкодування, не пізніше ніж через 30 (тридцять) днів після закінчення терміну дії Договору, Застрахована особа повинна надати Страховику документи вказані у пункті 7.2.1. Загальних умов.
- 7.3. Застрахована особа має право оформити заяву про Страхове відшкодування / Страхову виплату в електронній формі та подати документи, необхідні для здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати, за допомогою Чат-боту в месенджері Telegram відповідно до Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Про електронну комерцію» та «Про електронні документи та електронний документообіг» відповідно до пунктів 7.2.2. – 7.2.6. Загальних умов.
- 7.3.1. На запит Страховика та у визначений ним термін та спосіб (поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика) Застрахована особа зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів або в передбачених Загальними умовами випадках копії документів, завірені органом, який їх видав, або нотаріально (надалі — належні копії документів). Застрахована особа гарантує, що копії документів є такими, що виготовлені з оригіналу / належної копії документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу / належної копії документа. Якщо Страховик надіслав запит щодо надання оригіналів або належних копій документів, то строк для прийняття рішення про виплату / відмову у виплаті Страхового відшкодування починає відраховуватися з дати отримання Страховиком запитуваних документів. У разі виявлення невідповідності копії наданого Застрахованою особою за допомогою Чат-боту документа до оригіналу / належної копії документа або ненадання Застрахованою особою запитуваних документів, Страховик має право вимагати повернення виплаченого Страхового відшкодування / Страхової виплати.
- 7.3.2. Застрахована особа підтверджує, що, надаючи Страховику копії документів за допомогою Чат-боту, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки.
- 7.3.3. Застрахована особа розуміє, що Страховик приймає надані за допомогою Чат-боту копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у формі паперових документів.
- 7.3.4. Застрахована особа зобов'язана дотримуватись Загальних умов та слідувати інструкціям інтерфейсу Чат-боту, а також інструкціям представника Страховика, наданих за допомогою Чат-боту або засобами телефонного зв'язку. У випадку порушення Застрахованою особою цих інструкцій Заява та документи

будуть вважатися неподаними.

- 7.3.5. Застрахована особа надає добровільну та беззаперечну згоду на здійснення Страховиком виплати Страхового відшкодування / Страхової виплати за банківськими реквізитами, наданими Застрахованою особою за допомогою Чат-боту або інших інформаційно-телекомунікаційних систем Страховика.
- 7.3.6. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування та виконання Загальних умов, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика Застрахована особа надає свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (зокрема про стан здоров'я).
- 7.4. Розрахунок суми повернення відбувається наступним чином:
- 7.4.1. відшкодовується 100% (застосовується Безумовна франшиза 0%) вартості отриманих послуг згідно умов Програми страхування, в тому числі лімітів та Списку виключень, якщо вони були отримані в аптечному закладі, Медичних закладах державної та відомчої форми власності, і незалежно від форми власності за послугами, що мають грошовий ліміт;
- 7.4.2. Відшкодовується 70% (застосовується Безумовна франшиза 30%) від вартості при отриманні послуг згідно умов Програми страхування у Медичних закладах приватної форми власності.
- Страхове відшкодування за бажанням одержувача може бути виплачено готівкою - в касі Страховика, або шляхом безготівкового перерахування на банківський/картковий рахунок одержувача. Витрати по переказу суми Страхового відшкодування на банківський рахунок одержувача несе Страховик.
- 7.5. Терміни по прийняттю рішень Страховиком вказані у пунктах 7.2.8., 7.2.9., 7.2.12. Загальних умов.
- 7.6. Підстави відмови у Страховій виплаті вказані у Розділі 8 Загальних умов.

## **8. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

- 8.1. Зміни до Договору, дострокового припинення чи розірвання вносяться відповідно до Розділу 4 Загальних умов.
- 8.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому фактично сплачену Страхову премію за невикористаний період, що залишився до закінчення Строку дії, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування від Страхової премії за невикористаний період, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування вказаний у пункту 11.4 Договору страхування.
- 8.3. У випадку, якщо кошти, які Страховик повертає Страхувальнику згідно із пунктом 7.2. відносно конкретної Застрахованої особи або ж групи Застрахованих осіб, за виключенням дострокового розірвання Договору в цілому, за рішенням Страхувальника, зараховуються як сплата премії за інших застрахованих осіб договору страхування Страхувальника, Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачену Страхову премію за період, що залишився до закінчення дії ДОГОВОРУ, за вирахуванням фактичних Страхових виплат, що були здійснені протягом дії ДОГОВОРУ, при цьому Страховик не вираховує витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору при перерахунку страхових платежів, тобто витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору у цьому випадку становлять 0,00%
- 8.4. У випадку дострокового припинення Договору за вимогою Страховика, крім п. 7.5., Страховик повертає Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю.
- 8.5. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Загальних умов, то Страховик повертає йому фактично сплачену Страхову премію за невикористаний період, що залишився до закінчення Строку дії, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування за невикористаний період, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування вказаний у пункту 11.4 Договору страхування.

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

- 9.1. Обов'язки Страхувальника:

- 9.1.1. Обов'язки Страхувальника визначені пунктом 3.1. Загальних умов;
- 9.1.2. у випадку застосування Страховиком положень п.8.4.2., підтвердити оплату протягом 5 банківських днів після виставлення Страховиком рахунку та здійснити таку доплату протягом наступних 10 банківських днів. При відмові Страхувальника сплатити доплату, Сторони надають свою згоду без укладання додаткової угоди прийняти до належного виконання положення Програми страхування (якщо даний Страховий ризик був визначений Договором):
- 1) код А та D – ввести Безумовну франшизу, що розраховується за формулою:  
 $0,3k/(1+0,3k)$
- 2) код В та Е – ввести Безумовну франшизу, що розраховується за формулою:  
 $0,3k/(1+0,3k)$
- 3) витрати на Лікарські засоби при кодах А та D – ввести Безумовну франшизу, що розраховується за формулою:  
 $0,85k/(1+0,85k)$ ,
- 4) код А\* – ввести Безумовну франшизу, що розраховується за формулою:  
 $0,8k/(1+0,8k)$ ,
- де  $k = (\text{курс гривні на дату перерахунку} / \text{курс гривні на дату початку дії договору або попереднього перерахунку, якщо такий мав місце}) - 1$ ,  
дата перерахунку – це день, наступний за датою зміни середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше, ніж на 20% за один долар США відносно курсу гривні на дату початку дії договору, або відносно курсу гривні на попередню дату перерахунку, якщо такий вже було здійснено.  
При умові, якщо в Програмі страхування вже є Безумовні франшизи по Страхових ризиках та Опціях, що вказані в 1)-4), франшизи розраховуються за формулою:  
 $1 - 1/((1+a)*(1+b))$   
де  $a$  – Безумовна франшиза згідно 1)-4),  
 $b$  – Безумовна франшиза, що діє згідно умов даного Договору.
- 9.2. Права Страхувальника:
- 9.2.1. Права Страхувальника визначені пунктом 3.2. Загальних умов
- 9.3. Обов'язки Страховика:
- 9.3.1. Обов'язки Страховика визначені пунктом 3.3. Загальних умов
- 9.4. Права Страховика:
- 9.4.1. Права Страховика визначені пунктом 3.4. Загальних умов
- 9.4.2. при збільшенні середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше, ніж на 20% за один долар США, відносно курсу гривні на дату початку дії Договору згідно даних офіційного інтернет-представництва Національного Банку України, - перерахувати Страхові премії для всіх Категорій медичного обслуговування наступним чином: сума доплати Страхової премії на 1 Застраховану особу розраховується за формулою:  
Страхова премія / (дата завершення дії Договору - дата початку дії Договору) \* (дата завершення дії Договору - дата перерахунку + 1) \* ((курс гривні на дату перерахунку) / (курс гривні на дату початку дії договору або попереднього перерахунку, якщо такий мав місце) - 1) \* 0,53, де  
дата перерахунку – це день, наступний за датою зміни середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більш, ніж на 20% за один долар США, відносно курсу гривні на дату початку дії договору, або відносно курсу гривні на попередню дату перерахунку, якщо такий перерахунок вже було здійснено.  
Страховик здійснює необхідні розрахунки та направляє Страхувальнику рахунок.
- 9.5. Дії або бездіяльність Застрахованої особи несе за собою такі ж самі наслідки як і дії або бездіяльність Страхувальника.

## **10. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ І ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

- 10.1. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
- 10.2. За несвоєчасне виконання грошових зобов'язань за Договором страхування винна сторона виплачує іншій стороні пеню у розмірі, подвійної облікової ставки НБУ за кожний день прострочення платежу, але не більше **10% (десяти відсотків)** розміру простроченої виплати.
- 10.2.1. у випадку, якщо прострочення з оплати Страхової премії відбулося з вини Страховика (несвоєчасно виставлений рахунок), Страхова премія вважається оплаченою вчасно, а Страхувальник звільняється від обов'язку сплатити пеню;
- 10.3. Всі суперечки, що можуть виникнути при виконанні даного Договору, Сторони будуть намагатися

вирішити шляхом переговорів, відповідно до Розділу 11 Загальних умов. Неурегульовані суперечки передаються до суду відповідно до законодавства України.

## **11. ФОРС-МАЖОР**

11.1. Сторони звільняються повністю або частково від відповідальності за невиконання своїх зобов'язань за Договором, якщо їх невиконання є наслідком дії форс-мажорних обставин. Під форс-мажорними обставинами розуміються надзвичайні та невідворотні за даних умов обставини (наприклад, стихійні лиха (повені, землетруси тощо), суспільні явища (цивільні хвилювання, страйки, воєнні дії тощо)).

11.2. Сторона, що посилається на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно сповістити іншу Сторону про настання та припинення дії такої обставини.

11.3. Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується компетентними органами державної влади та іншими структурами, що мають відповідні повноваження.

## **12. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ**

12.1. Сторони вважають конфіденційною інформацію про:

- діяльність сторін та фінансові умови Договору;
- Захворювання (медичні діагнози) та порядок лікування Застрахованих осіб.

12.2. Сторони приймуть всі необхідні та достатні міри, щоб запобігти розголошенню отриманої ними конфіденційної інформації третім особам (за винятком випадків передбачених законодавством України).

12.3. Страхувальник підписанням Договору звільняє Медичні заклади та інші установи або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги) від обов'язку збереження лікарської таємниці стосовно Застрахованих осіб перед Страховиком.

12.4. Страхувальник підписанням Договору надає дозвіл Страховику ознайомлювати із умовами даного Договору осіб, відносно яких Застраховані особи укладають страхові сертифікати.

12.5. Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника, в тому числі телефонних розмов, щодо повідомлень про подію, що має ознаки Страхового випадку, іншої інформації для виконання зобов'язань за Договором.

12.6. Страховик гарантує належне забезпечення зберігання та обробку, використання отриманих даних, інформації та документів, отриманих від Страхувальника, в тому числі записів телефонних розмов, з метою та в межах зобов'язань, передбачених цим Договором страхування та діючим законодавством України з дотриманням обмежень, встановлених Конституцією України, Законом України «Про інформацію» та іншими законодавчими актами, що регулюють відносини в сфері інформації.

## **13. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

12.1. Застраховані особи мають право користуватися медичними послугами, які передбачені програмою страхування, з першого дня дії Договору.