

**ПРОПОЗИЦІЯ (ОФЕРТА) УКЛАСТИ ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
НА УМОВАХ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»**

**№ 1467/10-101 від 17.07.2024**

**ПРЕАМБУЛА**

1. Дана Пропозиція (Оферта) укласти Договір на умовах страхового продукту «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» № 1467/10-101 від 17.07.2024 (далі – Оферта) є офіційною пропозицією **ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УНІВЕРСАЛЬНА»** (код ЄДРПОУ 20113829, Розпорядженням Держфінпослуг від 21.08.2004 №1224 зареєстровано як фінансову установу, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ № 16, 23.04.2024 внесено запис до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання); IBAN UA613006140000026504000000117 (далі – Страховик/Сторона Договору), в особі Голови Правління Музичка Олексія Васильовича, який діє на підставі Статуту, невизначеному колу дієздатних фізичних осіб та юридичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов даної Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти Договір медичного страхування на умовах страхового продукту «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» (далі – Договір або Договір страхування).

2. **Адреса місцезнаходження Страховика: 01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9; тел. 0 800 500 381, адреса електронної пошти: [office@universalna.com](mailto:office@universalna.com).**

3. Страхування здійснюється відповідно до Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», Загальних умов страхового продукту «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ», затверджених Наказом Голови Правління від 14.06.2024 № 92, дата початку дії - 14.06.2024 (далі по тексту – ЗУСП), що розміщені на вебсайті Страховика за посиланням [https://universalna.com/documents/offers/R1-medical\\_insurance.pdf](https://universalna.com/documents/offers/R1-medical_insurance.pdf), за ризиком в межах класу страхування «медичне страхування» класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

4. Від імені Страховика може діяти страховий посередник, який діє на підставі та на умовах, визначених в договорі доручення, укладеному зі Страховиком. Страховий посередник виконує частину страхової діяльності та може укладати договори страхування, одержувати страхову премію та виконувати інші функції, передбачені чинним законодавством України.

5. Дана Оферта розміщена на вебсайті Страховика за посиланням [https://universalna.com/documents/offers/1467\\_10\\_101\\_1111\\_17-07-2024.pdf](https://universalna.com/documents/offers/1467_10_101_1111_17-07-2024.pdf), що і є пропозицією Страховика укласти договір страхування в електронній або паперовій формі. У випадку прийняття Клієнтом пропозиції в порядку, визначеному даною Офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами даної Оферти.

6. Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до електронних документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливорює зміну змісту, на власному вебсайті за посиланням [https://universalna.com/documents/offers/1467\\_10\\_101\\_1111\\_17-07-2024.pdf](https://universalna.com/documents/offers/1467_10_101_1111_17-07-2024.pdf). Незмінність форми Оферти забезпечується шляхом накладення КЕП уповноваженої особи Страховика.

7. Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти (оферти) та її прийняття (акцепту) Клієнтом.

8. Прийняття Страхувальником цієї Оферти здійснюється в цілому, Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови Договору страхування.

9. **Технологія (порядок) укладення та підписання договору страхування з фізичними особами електронним підписом одноразовим ідентифікатором:**

9.1. Для укладання договору страхування Клієнт, ознайомившись з цією Офертою, ЗУСП та інформацією про фінансову послугу на вебсайті Страховика [www.universalna.com](http://www.universalna.com) обирає бажані умови страхування та надає Страховику інформацію, необхідну для укладання договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації. Інформація може бути надана через вебсайт Страховика, страхового посередника або іншим чином, за погодженням між Клієнтом та Страховиком.

9.2. Страховик на підставі наданої Клієнтом інформації через інформаційно-комунікаційні системи:

9.2.1. Формує проект індивідуальної частини договору страхування - Сертифікат/Заяв-Акцепт (далі -

Сертифікат) та надає його Клієнту для ознайомлення шляхом демонстрації на екрані різних технічних засобів електронних комунікацій (якщо договір укладається через вебсайт Страховика або страхового посередника), надсилання файлу у форматі pdf на вказану Клієнтом електронну адресу або надсилає посилання на проект Сертифікату. Сертифікат містить посилання на цю Оферту. Таким чином, Страховик ознайомлює Клієнта з усіма умовами Договору страхування;

9.2.2. Страховик надсилає Клієнту SMS-повідомлення з одноразовим ідентифікатором на номер телефону, наданий Клієнтом.

9.3. Клієнт ознайомлюється з умовами договору страхування, перевіряє всю викладену в Сертифікаті інформацію та підписує Сертифікат за допомогою одноразового ідентифікатора. Відповідно до статей 207, 638, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» безумовним прийняттям умов даної Оферти Клієнтом вважається підписання електронного Сертифікату, що є його невід'ємною частиною Договору, одноразовим ідентифікатором в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

9.3.1. Якщо Клієнт не підпише електронний Сертифікат способом, вказаним в п. 9.3 Преамбули, до 24:00 дати надання Страховиком проекту Сертифікату, вважається, що пропозиція Страховика укласти договір страхування в електронній формі відхилена Клієнтом.

9.4. Здійсненням акцепту пропозиції Страховика укласти договір страхування / підписанням Сертифікату одноразовим ідентифікатором Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття.

9.5. В якості підпису Страховика використовується кваліфікований електронний підпис (КЕП) особи, уповноваженої Страховиком / страховим посередником на підписання договорів страхування, що відповідає вимогам чинного законодавства України. Страховик підписує Договір після того, як Договір буде підписаний Страхувальником. Уповноважена Страховиком/страховим посередником особа підписує індивідуальну частину Договору, що вважається підписанням договору страхування зі сторони Страховика.

9.6. Дата та час укладання Договору – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП уповноваженої Страховиком/страховим посередником особи.

9.7. Укладений Договір страхування Страховик/страховий посередник одразу надсилає на електронну пошту Страхувальника, надану Страхувальником при укладанні Договору. Укладений Договір страхування є одночасно підтвердженням вчинення електронного правочину у розумінні Закону України «Про електронну комерцію».

9.8. На вимогу Страхувальника Страховик повторно надсилає підписаний Договір страхування на електронну адресу, надану Страхувальником при укладанні цього Договору, або зазначену у такій вимозі.

9.9. Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).

**10. Порядок укладення та підписання договору страхування в електронній формі (за виключенням підписання договору страхування з фізичними особами електронним підписом одноразовим ідентифікатором) або паперовій:**

10.1. Для укладання договору страхування Клієнт, ознайомившись з цією Офертою, ЗУСП та інформацією про фінансову послугу на вебсайті Страховика [www.universalna.com](http://www.universalna.com) обирає бажані умови страхування та надає Страховику інформацію, необхідну для укладання договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації. Інформація може бути надана через вебсайт Страховика, страхового посередника або іншим чином, за погодженням між Клієнтом та Страховиком.

10.2. Страховик на підставі наданої Клієнтом інформації формує індивідуальну частину договору страхування - Сертифікат/Заяв-Акцепт (далі - Сертифікат), та надає її Клієнту для ознайомлення. Сертифікат містить посилання на цю Оферту. Таким чином, Страховик ознайомлює Клієнта з усіма умовами Договору страхування;

10.3. Клієнт ознайомлюється з умовами договору страхування, перевіряє всю викладену в Сертифікаті інформацію та підписує Сертифікат кваліфікованим електронним підписом / електронним цифровим підписом / власноручним підписом, що відповідно до статей 207, 638, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» є безумовним прийняттям умов даної Оферти.

10.4. Здійсненням акцепту пропозиції Страховика укласти договір страхування Страхувальник підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття.

- 10.5. В якості підпису Сторін використовується кваліфікований електронний підпис / електронний цифровий підпис / власноручний підпис.
- 10.6. Для договору страхування, укладеного в електронній формі, дата та час укладання договору – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП / ЕЦП уповноваженої Страховиком/страховим посередником особи.
- 10.7. Укладений Договір страхування в електронній формі Страховик/страховий посередник одразу надсилає на електронну пошту Страхувальника, надану Страхувальником при укладанні цього Договору. Укладений договір страхування є одночасно підтвердженням вчинення електронного правочину розумінні Закону України «Про електронну комерцію».
- 10.8. На вимогу Страхувальника Страховик повторно надсилає підписаний Договір страхування, що укладений у електронній формі, на електронну адресу, надану Страхувальником при укладанні цього Договору, або зазначену у такій вимозі.
- 10.9. Якщо Договір страхування укладений у електронній формі, Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).
- 10.10. Якщо договір страхування укладається у паперовій формі, Сертифікат підписується Сторонами у двох ідентичних примірниках, по одному для кожної із Сторін.
11. Ідентифікація та верифікація Клієнта проводиться у випадках та згідно з чинним законодавством України.
12. Електронний договір, укладений відповідно до Закону України «Про електронну комерцію», вважається таким, що за правовими наслідками прирівнюється до договору, укладеного у паперовій формі.
13. Кожний примірник електронного документа з накладеним на нього підписом, визначеним ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію», є оригіналом такого документа.
14. Для договорів страхування укладених у формі електронного документа інформація про дату, час та спосіб надання та акцепту пропозиції укласти договір страхування Страхувальником, дата та час підписання договору Страховиком, текст Сертифікату/Заяви-Акцепту (в електронній формі) та здійснення оплати, обміну електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення договору страхування в письмовій формі зберігаються у Страховика.
15. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту цієї Оферти.
16. **Внесення змін до умов Договору страхування:**
- 16.1. Всі зміни до Договору страхування за згодою Сторін вносяться виключно в умови, визначені в Сертифікаті, та оформлюються у письмовій формі у вигляді Додаткової угоди до Договору, яка є його невід'ємною частиною.
- 16.2. Сторони домовились, що Додаткові угоди до Договору можуть укладатись Сторонами як у формі електронних документів, так і паперових і, відповідно, підписуються залежно від способу їх укладення та з урахуванням вимог чинного законодавства.
17. Оферта складена в електронній формі, набирає чинності з дати її затвердження Страховиком та діє до її припинення Страховиком. При цьому для укладених Договорів, строк дії яких не закінчився, дана Оферта продовжує діяти до дати закінчення їх дії.

## **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ**

- 1.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України.
- 1.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
- 1.3. Вигодонабувач за цим Договором: не призначений.

## **2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХОВИХ РИЗИКІВ.**

- 2.1. Страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги та/або медичних послуг під час дії Договору та передбаченого умовами Договору, який пов'язаний з:
  - гострим захворюванням;
  - загостренням хронічного захворювання;
  - наслідком нещасного випадку
- 2.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи упродовж строку дії Договору страхування до Лікувально-профілактичного закладу з приводу настання подій, зазначених у п.2.1. цього Договору, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Лікувально-профілактичному закладу (далі – ЛПЗ) або Застрахованій особі (шляхом відшкодування коштів) за отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором.
- 2.3. Обов'язок Страховика здійснити страхову виплату настає виключно після отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором.
- 2.4. Перелік медичних послуг або інших послуг, за надання яких Страховик здійснює страхову виплату, згідно з умовами Договору, зазначений у відповідних програмах страхування, опис яких викладений в Додатку №1 Сертифікату (далі - Програма страхування). У разі розходжень положень Списку виключень (додаток №2) та Програми (Додаток №1) Програма має превалюючу дію.
- 2.5. Послуги, що не передбачені Договором та Програмою страхування, Застрахована особа сплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

## **3. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ. ФРАНШИЗА**

- 3.1. Страхова сума, страховий тариф, страхова премія і строк її сплати вказані в Сертифікаті.
- 3.2. Франшиза за договором страхування не передбачена.

## **4. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ, ПЕРІОД (ПЕРІОДИ) СТРАХУВАННЯ**

- 4.1. Строк дії договору зазначається в Сертифікаті.
  - 4.1.1. Строк дії договору не поділяється на періоди страхування;
  - 4.1.2. Продовження строку дії цього Договору страхування не передбачено, якщо інше не буде погоджено Сторонами, про що укладається додатковий договір до цього Договору.
- 4.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, що зазначена в Сертифікаті як дата початку дії Договору. Договір вступає в дію у з дати, вказаної у Сертифікаті за умови сплати страхового платежу згідно порядку, вказаному у Сертифікаті. У випадку не сплати страхового платежу за Договором, Договір вважається таким, що не укладений.
- 4.3. Дія Договору припиняється о 24 годині 00 хвилин дати, що зазначена в Сертифікаті, як дата закінчення дії Договору, якщо інші обставини (див. Розділ 10) не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу.
- 4.4. У випадку сплати загального страхового платежу частинами, дія Договору подовжується на зазначених в ньому умовах на наступний період страхування, за умови внесення чергової частини страхового платежу у повному обсязі за наступний період страхування, не пізніше дати, встановленої у Акцепті, як дата сплати платежу. У випадку невиконання або неналежного виконання Застрахованою особою обов'язку щодо сплати страхового платежу, або чергового страхового платежу (якщо Договором передбачена сплата страхового платежу частинами) у строки, встановлені у Акцепті, Страховик звільняється від обов'язку щодо виплати страхового відшкодування за випадками, що мали місце в період з 00 год. 00 хв. дати наступної за датою, що зазначена у Акцепті, як дата сплати платежу до 24 год.00 хв. дати фактичної сплати Застрахованою особою страхового платежу в розмірі та в порядку, визначеному в Акцепті, за умови, що платіж було сплачено протягом десяти банківських днів з дати, що зазначена у Акцепті, як дата сплати платежу.
- 4.5. У випадку, якщо протягом десяти банківських днів з дати, що зазначена у Акцепті, як дата сплати платежу, Страхувальником не було сплачено страховий платіж, або черговий страховий платіж,

Договір автоматично припиняє свою дію з 24 год.00 хв. десятого банківського дня з дати, що зазначена у Акцепті, як дата сплати платежу відповідно до п.10.6.3. Оферти.

**4.6.** Під сплатою страхової премії (її частини) розуміють внесення страхової премії (її частини) на рахунок Страховика.

## **5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**5.1.** Дія Договору поширюється виключно на територію України, за винятком територій:

5.1.1. тимчасово окупованих територій України, що визначені нормативно-правовими актами України, в тому числі у розумінні закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України», а також територій, на яких ведуться (велися) бойові дії (в межах тривалості бойових дій) або тимчасово окупованих Російською Федерацією, відповідно до постанови Кабінету міністрів України від 06.12.2022 №1364, Наказу Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22.12.2022 №309; територій, в межах яких на момент настання події, що має ознаки страхового випадку, знаходяться населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження або розташовані на лінії зіткнення, відповідно до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 07.11.2014 № 1085 з усіма змінами та доповненнями; територій, що відповідно до законодавства України перебувають в окупації, тимчасовій окупації, оточенні, блокуванні, є територіями проведення бойових, воєнних дій, воєнних конфліктів.

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

**6.1. Страховик зобов'язаний:**

6.1.1. Ознайомити Страхувальника з Офертою та ЗУСП.

6.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати.

6.1.3. При настанні страхового випадку, забезпечити надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Договором та Програмою. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику пені за кожен день прострочення платежу у розмірі **0,01%** від належної до виплати суми, але не більше 10 % від розміру страхової виплати.

6.1.4. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

6.1.5. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня оплати страхового платежу (першої її частини) забезпечити Застрахованих осіб Персональною пластиковою картою.

6.1.6. Контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування.

6.1.7. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

6.1.8. Письмово повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни.

6.1.9. При настанні страхового випадку, забезпечити Застрахованій особі, відповідно умов Договору, діагностику та лікування (в тому числі медикаментозне) захворювання, в тому числі внаслідок нещасного випадку (травми тощо), в амбулаторних умовах, курсом до 45 (сорока п'яти) календарних днів з моменту першого звернення по даному страховому випадку.

6.1.10. У визначенні «курс лікування до 30 днів» враховувати:

6.1.10.1. початком курсу лікування вважається дата початку прийому медичних препаратів відповідно до встановленого діагнозу та призначеного курсу лікування;

6.1.10.2. властивості менструального циклу у жінок щодо початку курсу лікування, діагностики, повторних консультацій, коли курс лікування призначений перед початком нового циклу та медикаменти вже отримані, проте фактичний прийом ліків розпочато з певного дня циклу, тоді строк рахується з дати початку прийому ліків;

6.1.10.3. у разі корекції курсу лікування (курс розбито на частини) враховувати лише періоди прийому медикаментів чи лікувальних процедур, але не включати дні консультацій та отримання ліків;

6.1.10.4. можливість пройти протягом 30 днів після зняття гострого болю, курс масажу або фізіотерапевтичних процедур;

6.1.10.5. покриття повторної консультації за фактом пройденого курсу лікування, навіть якщо вона випадає на 31-й день курсу;

6.1.11. За необхідності перенести курс лікування з об'єктивних причин, Страхувальник зобов'язаний повідомити про це Страховика будь-якими засобами телекомунікаційного зв'язку протягом 24 годин з моменту виникнення таких причин.

## **6.2. Страховик має право:**

6.2.1. Перевіряти відомості, надані Страхувальником, при укладанні Договору.

6.2.2. Самостійно з'ясовувати причини, обставини страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику/Застрахованій особі, направляти запити до компетентних органів (лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів тощо) з метою отримання відповідних висновків, здійснити за власний рахунок незалежну експертизу страхового випадку.

6.2.3. Отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-яку додаткову інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, задля визначення оцінки ступеню страхового ризику (згідно п.13.8. Оферти).

6.2.4. У разі збільшення ступеню страхового ризику (згідно п.13.8. Оферти) до настання страхового випадку вимагати від Страхувальника переукладення Договору і сплати додаткового страхового платежу. У разі непогодження Страхувальником перегляду умов Договору, Договір припиняє свою дію за ініціативою Страховика.

6.2.5. Вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я.

6.2.6. Визначити для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, а також відмовити в страхуванні з обґрунтованим поясненням такого рішення.

6.2.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до умов Договору.

6.2.8. Вносити зміни до умов Договору в порядку, передбаченому цією Офертою.

6.2.9. Достроково припинити дію цього Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

6.2.10. Включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Список лікувально-профілактичних закладів (База ЛПЗ) Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і по Договору в цілому.

6.2.11. Організовувати невідкладну/швидку медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних лікувально-профілактичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з подальшою організацією перевезення Застрахованої особи у лікувально-профілактичний заклад, передбачений цим Договором.

6.2.12. Виключати зі Списку лікувально-профілактичних закладів Страховика, лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою.

6.2.13. Змінювати категорію ЛПЗ в разі значного (20% та більше) збільшення або зменшення цін на послуги.

6.2.14. Актуальна База ЛПЗ є загальнодоступною на сайті, за посиланням: <https://universalna.com/pro-kompaniyu/publichni-dogovori-ta-oferti/osobiste-strahuvannya/dms/spisok-likuvalno-profilaktichnih-zakladiv/>.

6.2.15. Організовувати виклик лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, якщо це прямо передбачено Програмою страхування, у випадках, передбачених «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги» з приводу:

- гострого й раптового погіршення стану здоров'я (висока температура – вище 37,5 °С);

- стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації Застрахованої особи лікарем вдома, виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею;

- стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду);

- показання для дотримання Застрахованою особою постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки хворого зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках:

- при наявності документа або за домовленістю з лікарем;

- важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи;

- інші випадки, передбачені «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги».

6.2.16. При організації виклику лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, оплачувати транспортні витрати у такому розмірі:

- 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах населеного пункту, в якому знаходиться лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги;

- 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги;

- 50% - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги;

- 0% (послуга не надається) - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 50 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги.

6.2.17. У разі відсутності лікарського засобу, випсаного медичним працівником, запропонувати Застрахованій особі лікарський засіб за іншою торговельною назвою, але з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, як і лікарський засіб, призначений лікарем. Зазначена норма не поширюється на лікарські засоби, які відпускаються безоплатно і на пільгових умовах, та ті, що підлягають предметно-кількісному обліку.

### **6.3. Страхувальник зобов'язаний:**

6.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі, на умовах визначених у Договорі.

6.3.2. При укладенні Договору, надати Страховику достовірну інформацію про всі обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

6.3.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші діючі договори страхування.

6.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

6.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору.

6.3.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Оферти та ЗУСП.

6.3.7. До укладення цього Договору /додаткових договорів до нього, отримати згоду Застрахованих осіб на страхування.

6.3.8. У разі наявності в Програмі страхування профілактичних заходів, на вимогу Страховика, повідомити Страховика про бажання проведення Застрахованій особі профілактичних заходів.

6.3.9. На виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму» надати Страховику інформацію і документи, необхідні останньому для здійснення ідентифікації Страхувальника та/або ЗО.

6.3.10. При укладенні Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).

6.3.11. Протягом строку дії Договору страхування 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 страхування.

6.3.12. **в будь-який спосіб повідомити Застраховану(их) особу(осіб) про укладений на її (їх) користь Договір страхування** і, якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь. За наявності заперечень Застрахованої особи щодо укладання Договору страхування на її користь:

6.3.12.1. Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страхувальника;

6.3.12.2. Страхувальник зобов'язаний ініціювати припинення дії цього Договору щодо цієї Застрахованої особи.

6.3.13. у разі виникнення будь-яких змін в інформації про Страхувальника / Застраховану особу, яка була надана Страховику при укладенні цього Договору, протягом двох робочих днів письмово повідомити Страховика про такі зміни.

### **6.4. Страхувальник має право:**

6.4.1. Ознайомитись з умовами Оферти та ЗУСП.

6.4.2. Одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором і ЗУСП.

6.4.3. У разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору.

6.4.4. За письмової згоди із Страховиком змінити Програму страхування, розмір страхової суми, ліміт страхових сум, а також внести інші зміни в цей Договір, уклавши додатковий договір до цього Договору.

6.4.5. Достроково припинити дію цього Договору відповідно до умов Договору та чинного законодавства України.

6.4.6. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.

6.4.7. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

6.4.8. Отримати примірник Акцепту (у випадку підписання в паперовій формі);

6.4.9. протягом 30 календарних днів з дня укладання Договору страхування відмовитися від цього Договору без пояснення причин, крім:

- Договору страхування, строк дії якого становить менше 30 календарних днів;
- Випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.

6.4.9.1. про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі;

6.4.9.2. страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня отримання вимоги Страхувальника про відмову від Договору;

6.4.9.3. у разі відмови Страхувальником від договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі;

6.4.10. змінити Застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування (заміна Застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика).

### **6.5. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:**

6.5.1. Виконувати умови цього Договору.

6.5.2. При укладенні Договору повідомляти Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо).

6.5.3. У разі настання страхового випадку, діяти відповідно до умов цього Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги.

6.5.4. На вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги.

6.5.5. Дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі.

6.5.6. Відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги наданої у разі:

6.5.6.1. свідомої передачі Застрахованою особою персональної пластикової картки/інших страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;

6.5.6.2. ускладнення захворювання у разі свідомого порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

6.5.6.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку на час настання якого, Страхувальник був у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;

6.5.6.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;

6.5.6.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту):

6.5.6.5.1. виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи;

6.5.6.5.2. при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду;

6.5.6.5.3. виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, що не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових медичних маніпуляцій, тощо);

6.5.7. Витрати Страховика, зазначені в п.6.5.6. цього Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.

6.5.8. При отриманні медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі, де передбачена франшиза, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати розмір франшизи лікувально-профілактичному закладу одразу під час звернення.

### **6.6. Застрахована особа (її законний представник) має право:**

6.6.1. ознайомитись з умовами Оферти та ЗУСП;

6.6.2. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором і ЗУСП;

6.6.3. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору

6.6.4. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі;

6.6.5. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті;



6.7. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що передбачені чинним законодавством України та /або прямо слідує з умов Договору страхування.

6.8. Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

6.9. У випадку виникнення обставин непереборної сили (форс-мажорні обставини), якщо будь-яка із таких обставин безпосередньо вплинула на належне виконання Стороною обов'язків в строки, встановлені в Договорі, Сторона, для якої настали ці обставини, не буде нести відповідальність за повне або часткове невиконання такого зобов'язання. При цьому строк виконання таких зобов'язань відкладається на час дії таких обставин.

6.10. Сторона, для якої настала неможливість виконання зобов'язань, повинна відразу, але не пізніше 7-ми (семи) календарних днів з моменту настання, в письмовій формі повідомити іншу Сторону про обставини, можливий строк дії і закінчення вищевказаних обставин. Обставини непереборної сили (форс-мажорні обставини) повинні бути підтверджені сертифікатом Торгово-промислової палати України.

## 7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. Організація надання медичної допомоги Застрахованим особам проводиться Медичним асистансом Страховика (надалі Контакт – центр) 24 (двадцять чотири) години на добу.

7.2. При настанні страхового випадку, Застрахована особа або її представник/інша уповноважена особа, для неповнолітніх застрахованих осіб – законні представники, до моменту звернення за медичною допомогою, повинна негайно, але не пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку, звернутись до лікаря-координатора Контакт-центру Страховика **за наступними телефонами**, що також будуть вказані в пластиковій картці Застрахованої особи:

- **0 800 210 381** (цілодобова безкоштовна пряма лінія медичного асистансу);

- **044 364 12 00** (лінія для екстреної допомоги),

та повідомити наступну інформацію:

- прізвище імя, по-батькові Застрахованої особи;
- номер сервісної картки/номер договору страхування;
- причину звернення (отримання медичної допомоги, отримання відшкодування тощо);
- фактичну адресу місця знаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

7.3. Лікар-координатор Контакт-центру інформує Застраховану особу щодо подальших дій та організовує медичне обслуговування в лікувально-профілактичних закладах та/або послуг, що передбачені Програмою страхування (Додаток №1).

7.4. Підбір лікувально-профілактичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. Лікувально-профілактичний заклад обирається із визначених у базі ЛПЗ Страховика.

7.5. В лікувально-профілактичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити іменну пластикову картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором Страховика в телефонному режимі.

7.6. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зконтактуватись з лікарем координатором Страховика, для отримання невідкладної медичної допомоги, з можливою організацією екстреного стаціонарного лікування (якщо такі передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із ЛПЗ), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика про настання випадку.

Якщо лікувально-профілактичні заклади, в яких отримана вищезазначена допомога не визначені у Базі ЛПЗ Страховика, то Страховик відшкодовує понесені Застрахованою особою витрати, відповідно до умов цього Договору з наступними обмеженнями:

7.6.1. при отриманні невідкладної медичної допомоги у державних та відомчих лікувально-профілактичних закладах - 100% понесених відповідних прямих витрат. При зверненні в приватні лікувально-профілактичні заклади – Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

7.6.2. при екстреному стаціонарному лікуванні - 100% понесених відповідних прямих витрат, у лікувально-профілактичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у

приватні лікувально-профілактичні заклади, розмір страхової виплати визначається, як 50% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, але не більше вартості з аналогічними послугами/позиціями прейскуранту категорії 1+ з Базі ЛПЗ Страховика, якщо інше не буде погоджено зі Страховиком.

В будь-якому випадку вищезазначені страхові виплати здійснюються у розмірі не більшому за встановлений ліміт страхової суми, передбаченої Програмою страхування.

7.7. Надання необхідної медичної допомоги Застрахованій особі (у випадках інших, ніж визначені в п.7.6. даного Договору) у лікувально-профілактичних закладах, не визначених в Базі ЛПЗ Страховика, здійснюється виключно якщо звернення до ЛПЗ, не визначеного в Базі Страховика, попередньо погоджене Страховиком (лікарем – координатором Страховика).

7.7.1. При цьому страхова виплата здійснюється в наступних розмірах:

7.7.1.1. у випадках звернення для отримання стоматологічної допомоги – 100% від вартості послуг, якщо Програмою страхування передбачено обслуговування у всіх категоріях лікувально-профілактичних закладів за даним видом медичної допомоги. У випадку, якщо Програмою страхування визначається обмеження по категоріях лікувально-профілактичних закладів, Страховик не покриває затрати на стоматологічну допомогу в лікувально-профілактичних закладах поза переліком, визначеним в Базі ЛПЗ Страховика;

7.7.1.2. у випадках звернення для отримання амбулаторно-поліклінічної та/або стаціонарної допомоги: 100% понесених відповідних витрат у лікувально-профілактичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні лікувально-профілактичні заклади, розмір страхової виплати визначається, 50% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, але не більше вартості з аналогічними послугами/позиціями прейскуранту категорії 1+ з Базі ЛПЗ Страховика.

## **8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

8.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної в Програмі страхування.

8.2. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку, визначається на підставі рахунків ЛПЗ.

8.3. Одержувачами страхової виплати за Договором можуть бути:

8.3.1. ЛПЗ, що надавав, передбачену Договором, медичну допомогу Застрахованій особі;

8.3.1.1. Страхова виплата здійснюється лікувально-профілактичному закладу у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та таким закладом.

8.3.1.2. Страховик здійснює страхову виплату ЛПЗ, якщо такі розрахунки не заборонені або не обмежені діючим законодавством (законами, підзаконними актами, постановами НБУ, іншими нормативно-правовими актами).

8.3.2. Застрахована особа (її законний представник), яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги.

8.4. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого чинним законодавством порядку. Якщо Застрахована особа набула статус недієздатної в період дії даного Договору, права та обов'язки Застрахованої особи переходять до її опікуна.

8.5. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, для отримання страхової виплати Страховику надаються такі документи:

8.5.1. письмова заява на страхове відшкодування із зазначенням способу отримання коштів;

8.5.2. копія паспорту (1,2,3,4, сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію)/ копія ID карти або копія тимчасового посвідчення особи - громадянина України або копія посвідки постійного/тимчасового проживання;

8.5.3. копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру;

8.5.4. копія свідоцтва про народження для Застрахованих осіб віком до 14 років;

8.5.5. Для відшкодування вартості медикаментів:

8.5.5.1.1. При стаціонарному лікуванні – виписка (епікриз) з історії хвороби (якщо лікування не завершено та Застрахована особа продовжує перебувати на стаціонарному лікуванні), Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (Форма № 027/о);

8.5.5.1.2. При амбулаторному лікуванні – Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (Форма № 027/о) або Консультативний висновок спеціаліста (Форма № 28/о);

8.5.5.1.3. Фіскальні чеки (у разі відсутності в фіскальному чеку назви конкретного лікарського препарату до фіскального чеку має надаватись товарний чек/видаткова накладна із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів, завірений підписом відповідальної особи та печаткою аптечного закладу (дата видачі товарного і фіскального чека повинні співпадати)) або банківська

квитанція при сплаті через касу банку із зазначенням призначення платежу та товарна накладна/рахунок-фактура, на підставі якої здійснена оплата, із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та медичних послуг.

8.5.5.2. Для відшкодування вартості медичних послуг:

8.5.5.2.1. Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (Форма № 027/о) або Консультативний висновок спеціаліста (Форма № 28/о);

8.5.5.2.2. Фіскальні чеки або банківська квитанція при сплаті через касу банку із зазначенням призначення платежу та товарна накладна/рахунок-фактура, на підставі якої здійснена оплата, із зазначенням переліку та вартості медичних послуг.

8.5.5.3. Для відшкодування вартості діагностичних обстежень:

8.5.5.3.1. Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (Форма № 027/о) або Консультативний висновок спеціаліста (Форма № 28/о);

8.5.5.3.2. Фіскальні чеки або банківська квитанція при сплаті через касу банку із зазначенням призначення платежу та товарна накладна/рахунок-фактура, на підставі якої здійснена оплата, із зазначенням переліку та вартості проведених діагностичних обстежень.

8.5.5.3.3. Висновок про результати проведених діагностичних обстежень.

8.5.5.4. Для відшкодування вартості оздоровчих послуг (якщо такі послуги передбачені умовами Програми страхування), в т.ч. профілактичного масажу:

8.5.5.4.1. Фіскальний чек або товарний чек для визначеної категорії закладів які мають право працювати без фіскальних чеків, або банківська квитанція при сплаті через касу банку із зазначенням призначення платежу та товарна накладна/рахунок-фактура, на підставі якої здійснена оплата, із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та медичних послуг;

8.5.5.4.2. Акт виконаних робіт/отриманих послуг з зазначенням назви послуги, кількості, вартості та дати отримання.

8.5.5.5. Для відшкодування коштів по факту пологів (якщо це передбачено умовами Програми страхування):

8.5.5.5.1. Медичне свідоцтво про народження (Форма N 103/о) або свідоцтва про народження дитини;

8.5.5.5.2. Виписки з пологового будинку про настання факту пологів при народженні мертвої дитини (Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (Форма N 106-2/о).

8.5.5.6. Для відшкодування вартості стоматологічних послуг (якщо це передбачено умовами Програми страхування):

8.5.5.6.1. Консультативний висновок спеціаліста (Форма № 28/о);

8.5.5.6.2. Акт виконаних робіт;

8.5.5.6.3. Фіскальні чеки або банківська квитанція при сплаті через касу банку із зазначенням призначення платежу та товарна накладна/рахунок-фактура, на підставі якої здійснена оплата, із зазначенням переліку та вартості проведених діагностичних обстежень.

8.5.5.7. направлення на консультації / обстеження (за наявності);

8.5.5.8. копії документів ЛПЗ: свідоцтво державної реєстрації, ліцензії на медичну практику, свідоцтво платника податку на поточний рік для ФОП (якщо Страховик не має договірних відносин з даним ЛПЗ).

8.6. Правила оформлення документів, що подаються разом із заявою на страхове відшкодування:

8.6.1. документи на відшкодування можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених печатками закладу, який видав відповідний документ; простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;

8.6.2. документи повинні бути оформлені відповідно до чинного законодавства України;

8.6.3. документи повинні бути підписані уповноваженими особами із зазначенням ПІБ та посади підписанта.

У разі зміни до переліку документів зазначених у п.8.5. Договору у зв'язку із змінами чинного законодавства України, нормативно-правових актів, інструкцій, наказів, розпоряджень МОЗ, вимог до бухгалтерського обліку, - Страховик та Страхувальник приймають такі зміни беззастережно.

8.7. Страховик має право письмово вимагати інші документи, які уточнюють обставини настання та характер страхового випадку при здійсненні страхової виплати.

8.8. Вищезазначені документи надання Застрахована особа повинна надати Страховику у термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту закінчення лікування. У випадку не виконання цієї вимоги Страховик має право повністю відмовити у страховій виплаті.

8.9. Страховик приймає рішення про страхову виплату/ відмову у страховій виплаті/ відстрочку рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів, після отримання всіх документів, зазначених у Договорі.

8.10. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату.

8.11. Про відмову у здійсненні страхової виплати/прийняття рішення про відстрочку виплати або про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово повідомити Застраховану особу (її законного представника) протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

8.12. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ (лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів тощо, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

8.13. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується відповідним платіжним документом.

8.14. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

8.15. Страхова сума (ліміт страхової суми), зазначена в Договорі та Програмі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

8.16. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

8.17. Застрахована особа надає право Страховику на отримання необхідної інформації, включаючи інформацію, що містить лікарську таємницю від будь-яких ЛПЗ, лікарів, медичних установ, лабораторій тощо, в тому числі, але не виключно, щодо стану здоров'я Застрахованої особи, діагнозів, причин звернення, наданих медичних послуг, та рекомендацій, обставин випадку, а відповідні особи (ЛПЗ, лікарі, мед установи) зобов'язані надавати Страховику всю вищезазначену інформацію без отримання будь-яких додаткових дозволів. Страховик зобов'язується використовувати отриману інформацію згідно з умовами цього Договору із дотриманням конфіденційності.

## **9. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

9.1. Перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування зазначено в Додатку до Сертифікату.

9.2. Причинами відмови в організації допомоги та у здійсненні страхової виплати є:

9.2.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

9.2.2. вчинення Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

9.2.3. 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;

9.2.4. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою (її законним представником), будь-яких обов'язків за Договором;

9.2.5. відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку.

9.2.6. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;

9.2.7. Наявність інших підстав, встановлених чинним законодавством України.

9.3. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

**9.4. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа є:**

9.4.1. віком понад 65 років, особи, які мають I групу інвалідності, особи, які знаходяться на обліку у наркологічних, психоневрологічних диспансерах, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій.

В разі неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про наявність групи інвалідності у Застрахованої особи або перебування на обліку Застрахованої особи у вищезазначених закладах, до початку дії Договору страхування, Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи.

9.4.2. Рішення про прийняття на страхування співробітників, вік яких перевищує 65 (шістдесят п'ять) років відбувається за письмовим погодженням після заповненої декларації про стан здоров'я.

9.4.3. Родичі Застрахованої особи першого ступеню спорідненості (подружжя, що проживають у зареєстрованому шлюбі, батьки, діти - за окремо погодженими програмами) віком від 0 до 60 років, якщо інше письмово не погоджено Страховиком, можуть бути прийняті на страхування впродовж першого місяця дії Договору. Дана умова поширюється на нових співробітників, які були прийняті Страхувальником на роботу протягом дії Договору та нових родичів Застрахованих осіб (одруження, народження/всиновлення дитини, тощо). Особи віком від 0 до 1 року можуть бути прийняті на страхування не пізніше ніж за 6 (шість) місяців до дати закінчення дії Договору в разі наявності опції Патронаж та Планова вакцинація в Програмі. В разі виключення Застрахованої особи, що є співробітником Страхувальника, зі Списків, його родичі також виключаються зі Списків в обов'язковому порядку.

## 10. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

**10.1.** За згодою Страховика і Страхувальника, до Договору можуть бути внесені доповнення та зміни, що не суперечать чинному законодавству України та ЗУСП. Усі зміни та доповнення до Договору оформлюються додатковими угодами до Договору, що стають його невід'ємними частинами з моменту їх підписання Сторонами.

**10.2.** Якщо будь-яка із Сторін не згодна на внесення таких змін в п'ятиденний строк з моменту отримання відповідної пропозиції, Сторони вирішують доцільність питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

**10.3.** Перехід з однієї програми до іншої, за бажанням Застрахованої особи, можливий протягом першого місяця дії Договору, за умови відсутності страхових виплат та заявлених страхових випадків, з оплатою повної суми різниці річної вартості програм страхування. Зміна програми страхування по відношенню до Застрахованої особи допускається один раз протягом строку дії договору.

### 10.4. Особливості дострахування Застрахованої особи:

10.4.1. У випадку страхування Застрахованої особи у строк дії Договору, менший за 366 днів, Страхувальник/Застрахована особа, повідомивши про це Страховика за 5 (п'ять) робочих днів до дати початку дії Договору по відношенню до цієї Застрахованої особи, сплачує Страховику страховий платіж за наступною формулою:

$СП \text{ (до сплати)} = СП_{\text{прогр}}(1 \text{ день}) \times (D2 - D1 + 1)$  де:

СП (до сплати) – страховий платіж до сплати;

СПпрогр (1 день) – страховий платіж за програмою страхування ЗО за 1 день обслуговування (розраховується за формулою  $СП \text{ прогр} (1 \text{ день}) = \text{Страховий платіж за Програмою} / \text{кількість днів дії Договору}$ );

D2 – дата закінчення дії договору страхування;

D1 – дата початку страхування по ЗО.

При страхуванні Застрахованої особи за Договором на термін менший за 1 рік, індивідуальні грошові ліміти за опціями (в т.ч. страхова сума, ліміт на стоматологію, індивідуальний ліміт на виключення тощо) розраховуються пропорційно, за наступною формулою:

$\text{Ліміт} = \text{Ліміт}_0 / 366 \times (D2 - D1 + 1)$ , де

Ліміт – ліміти на період дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню

Ліміт<sub>0</sub> - річні ліміти за Програмою;

D2 – дата закінчення дії Договору;

D1 – дата початку дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню.

При розрахунку ліміти округляються до цілих цифр.

10.4.3. У випадку розтермінування сплати страхового платежу при дострахуванні Застрахованої особи розбивка здійснюється таким чином, щоб другий і наступні чергові платежі дорівнювали черговим платежам розрахованим по відповідній Програмі згідно Договору.

10.4.4. Якщо строк дії договору складає менше 30 календарних днів, дострахування Застрахованої особи не здійснюється.

### 10.5. Особливості виключення Застрахованої особи:

10.5.1. У випадку дострокового припинення дії Договору по відношенню до Застрахованої особи, Страховик розраховує частину платежу, за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, наступним чином:

$СП_{\text{в}} = (СП_{\text{невикористаний}} - \text{Сума НВС} - L)$ , де:

ЗО – застрахована особа

СП<sub>в</sub> – страховий платіж до повернення за невикористаний період страхування ЗО, по відношенню до якої дія Договору страхування припиняється;

СП<sub>невикористаний</sub> – розмір невикористаного страхового платежу за Договором страхування на 1 ЗО, розраховується за формулою:  $СП_{\text{невикористаний}} = СП_{\text{сплачений}} - СП_{\text{використаний}}$ , де:

СПсплачений – страховий платіж сплачений (у тому числі той, що підлягає до сплати в разі відстрочки платежу) за період від дати початку дії по відношенню до ЗО до дати закінчення страхового періоду, в який відбувається дострокове розірвання;

(СПвикористаний) – розмір страхового платежу за фактичний строк дії Договору, що визначається за формулою: (СПвикористаний)=N1×СПпрогр(1день);

N1 - фактичний строк дії договору страхування в днях, визначається:  $N1 = D - D1 + 1\text{день}$

D – дата дострокового закінчення страхування по ЗО;

D1– дата початку страхування по ЗО;

СПпрогр(1 день) – страховий платіж за програмою страхування ЗО за 1 день обслуговування (розраховується за формулою  $\text{СП прогр}(1 \text{ день}) = \text{СПпрогр} / N$ , де СПпрогр - Страховий платіж за Програмою, а N - кількість днів дії Договору);

СумаНВС – Сума витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, яка розраховується за формулою:  $\text{СумаНВС} = (\text{СПпрогр} - \text{СПвикористаний}) \times R$

R – розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування;

L - сума виплат (сплачені збитки та резерви) по ЗО, яка знімається зі страхування на дату формування додаткової угоди;

Якщо в результаті розрахунків за Додатковою угодою  $\text{СПв} < 0$ , Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не доплачує за особу, яка знімається зі страхування. Дата закінчення періоду страхування у відношенні до будь-якої Застрахованої особи не може перевищувати дату закінчення дії Договору.

#### **10.6. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:**

10.6.1. Закінчення строку його дії.

10.6.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

10.6.3. Несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим відповідно до Розділу 4 цього Договору.

10.6.4. Набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору недійсним.

10.6.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України та цим Договором страхування.

10.6.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

10.6.7. Ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

10.6.8. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.

10.7. Дія Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика.

10.8. Про намір достроково припинити дію Договору Страховик або Страхувальник зобов'язані повідомити один одного не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інший строк прямо не визначений цим Договором (Додатковими договорами до цього Договору).

10.9. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Повернення Страхового платежу в цьому випадку здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від лікувально-профілактичних закладів, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 50 календарних днів з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове розірвання Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

10.10. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі (окрім випадків, передбачених п.12.10. Договору).

10.11. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, фактичних страхових виплат за Договором.

10.12. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика у випадках, передбачених п.12.10. Договору, Страхувальнику повертається страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору.

10.13. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, зазначається в Сертифікаті.

10.14. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

10.15. Договір страхування вважається недійсним у випадках, передбачених ст.106 Закону України «Про страхування».

## 11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори і розбіжності, які виникають, розв'язуються шляхом переговорів чи консультацій між Сторонами у строки, встановлені Договором.

11.2. Судовий захист прав та законних інтересів, які мають Сторони у зв'язку з цим Договором, в тому числі розгляд та вирішення спорів, які виникають при виконанні або припиненні цього Договору, включаючи спори про відшкодування завданих порушенням Договору збитків та недійсність Договору, підлягають остаточному вирішенню у судовому порядку згідно з чинним законодавством України.

## 12. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ (ПРЕТЕНЗІЙ)

12.1. Претензії Страхувальника щодо послуги приймаються Страховиком за адресою місцезнаходження (01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9) або на електронну пошту [office@universalna.com](mailto:office@universalna.com).

12.2. У випадку недосягнення згоди щодо врегулювання спірних питань, Страхувальник може звернутись зі скаргою до Національного банку України, а також до суду за захистом своїх прав.

12.3. Розділ «Звернення громадян» офіційного Інтернет-представництва Національного банку України <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>.

## 13. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

13.1. Положення, не обумовлені Договором, регулюються ЗУСП та чинним законодавством України. Конкретні умови страхування встановлені Договором страхування і мають пріоритет над положеннями ЗУСП у випадку їх розбіжностей.

13.2. По тексті Оферти термін "страховий платіж" вживається в розумінні терміну "страхова премія", а термін "страхове відшкодування" - в розумінні терміну "страхова виплата", визначених згідно зі ст. 1 Закону України "Про страхування".

13.3. Усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, які зазначені у реквізитах, або направлені на адресу електронної пошти Сторін, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника. Страховик також може направляти повідомлення Страхувальнику в інший спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення. Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

13.4. Договір складається з Сертифікату та даної Оферти, які є невід'ємними частинами Договору.

13.5. Мовою договору є українська мова.

13.6. Сторони зобов'язані повідомляти одна одну про всі зміни в своїй діяльності, які можуть вплинути на виконання умов цього Договору, в тому числі і про зміну адреси, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня такої зміни.

13.7. Підписанням Договору страхування Страхувальник:

13.7.1. Підтверджує, що з умовами ЗУСП та Договору ознайомлений та згоден.

13.7.2. Підтверджує, що до укладення Договору страхування інформацію, що зазначена в ст. 86 Закону України «Про страхування», отримав.

13.7.3. На виконання вимог Закону «Про захист персональних даних» надає Страховику необмежену строком свою згоду на:

13.7.3.1. обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця, дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо), з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово – господарської діяльності;

13.7.3.2. прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

13.7.3.3. здійснення дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

13.7.3.4. реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та законодавства України;

13.7.3.5. надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам на розсуд Страховика;

13.7.3.6. передачу персональних даних Страхувальника третім особам без повідомлення Страхувальника.

13.7.4. Підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права та повідомлено про мету збору таких даних.

13.7.5. Підтверджує, що до укладення Договору страхування йому була надана інформація, що зазначена в ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», страхувальник підтверджує, що зазначена інформація є доступною в місцях надання послуг страхувальникам та/або на вебсайті Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

13.7.6. Підтверджує, що повідомив Застраховану(их) особу(осіб) про укладений на її (їх) користь Договір страхування та отримав згоду Застраховану(их) особу(осіб) (їх законних представників) на укладення цього Договору щодо неї(них) та страхування їх згідно з умовами цього Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

13.7.7. Страхувальник/Застрахована особа надає Страховику право отримувати будь-яку інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи в тому числі від медичних установ, лікарень, тощо а також право розголошувати інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи з метою виконання даного Договору, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

13.7.8. Надає свою згоду на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, у межах, необхідних для укладення та/або виконання Договору страхування, з дотриманням вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

13.7.9. Підтверджує ознайомлення та згоду з тим, що при оплаті страхової премії через сайт Страховика/інші платіжні системи, оплата послуг за переказ коштів може покладатись на Страхувальника.

**13.8.** 1 Страховик є резидентом України та є платником податку на прибуток по ставці, встановленій п.136.1. Податкового кодексу України з урахуванням особливостей оподаткування Страховика, визначених в п.136.2.1. та в п.136.2.2. Податкового кодексу України.

**13.9.** У разі відхилення офіційного курсу гривні, встановленого Національним Банком України на дату укладення Договору страхування, по відношенню до долара США більше ніж на 20%, сторони зобов'язані протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дати отримання офіційного звернення Страховика, переглянути умови Договору та/або розмір страхового платежу. При цьому, розмір страхового платежу розраховується за формулою:

$S = (A1 / A0) \times S0 \times n / 366$ , де: - S - страхові платежі за Договором на дату здійснення перерахунку; - A1 – вартість валюти (долара США) в гривнях за курсом Національного Банку України (НБУ) на дату здійснення перерахунку; - A0 - вартість валюти (долара США) в гривнях по курсу НБУ на дату укладення Договору; S0 - страхові платежі на дату укладення Договору; n – кількість днів, що лишилися до кінця дії Договору. Всі перерахунки, вказані в даному пункті здійснюються на дату виконання Сторонами своїх зобов'язань (платежів).

За згодою Сторін розмір страхового платежу може залишатися незмінним, але при цьому Страховик обмежує покриття за Договором, шляхом розширення переліку виключень, зменшення переліку клінік, медичних препаратів тощо та/або шляхом внесення інших змін в умови Договору.

Досягнуті домовленості мають бути відображені у Додатковій угоді, що є невідомою частиною даного Договору та набувають чинності з дати, вказаної у відповідній Додатковій Угоді до цього Договору, в якій фіксується курс долара США, встановлений Національним Банком України на дату укладення такої Додаткової Угоди. Першого числа кожного наступного кварталу, Страховик перевіряє зміни офіційного курсу та в разі його відхилення більше ніж на 20% відносно курсу, зафіксованого у Додатковій Угоді, Сторони зобов'язані протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дати отримання офіційного звернення Страховика, переглянути умови Договору та/або розмір страхового платежу, який розраховується за формулою, описаною в цьому пункті.



У разі не підписання Додаткової Угоди протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів, з дати офіційного звернення Страховика, Договір вважається достроково припиненим за згодою Сторін через 30 (тридцять) календарних днів з дати закінчення строку на підписання Додаткової угоди (14 (чотирнадцяти) робочих днів, з дати офіційного звернення Страховика).

У випадку дострокового припинення дії Договору за згодою сторін в порядку, визначеному даним пунктом, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних страхових виплат та заявлених (гарантованих) страхових виплат, що були здійснені за Договором.

До моменту підписання Додаткової Угоди про дострокове припинення дії Договору або про внесення змін до умов його дії Страховик зобов'язується надавати послуги згідно підписаних умов Договору в повному обсязі.

**13.10.** Страховик не надає покриття та не несе відповідальності за виплату вимог по цьому Договору в тому ступені, в якому виплата таких вимог буде піддавати Страховика (та/або Перестраховика, якщо договір передано на перестраховання) під будь-які санкції, заборони або обмеження.

**13.11.** При виконанні умов, передбачених Договором кожна Сторона може виступати як відправником (автором), так і отримувачем (адресатом) електронних документів, з використанням при цьому обома Сторонами однакового сервісу електронного документообігу, або шляхом пересилання електронною поштою електронних документів, для їх використання у взаємодії Сторін, чи наступного підписання іншою стороною в сервісі Центрального засвідчувального органу (<https://czo.gov.ua/>) чи інших аналогічних сервісів. Сторони визнали електронні документи та використання удосконаленого електронного підпису (далі – УЕП) або кваліфікованого електронного підпису (далі - КЕП) при їх підписанні, які будуть створені та підписані після укладення Договору, за умови технічної та організаційної готовності Сторін до впровадження електронного документообігу. Сторони погоджуються, що електронні печатки (удосконалені або кваліфіковані) Сторін не є обов'язковими реквізитами електронного документа, за умови накладення КЕП згідно з чинним законодавством.

13.11.1. УЕП та КЕП визнається Сторонами як такі, що надають юридичної сили електронним документам, сформованим та направленим з їх використанням, за умови відповідності такого електронного підпису вимогам чинного законодавства. При цьому Сторони погоджуються з тим, що електронні документи, підписані УЕП або КЕП та належним чином направлені відповідній Стороні, мають повну юридичну силу в розумінні чинного законодавства, є оригінальними та прирівнюються до оригінальних примірників документів на паперових носіях, підписаних власноручно уповноваженими представниками Сторін. Кожна із Сторін самостійно визначає порядок зберігання, оброблення, використання, знищення електронних документів, електронних повідомлень, іншої інформації в електронній формі, умови доступу до них, а також умови відображення електронних документів у візуальній формі, в т. ч. виготовлення паперових копій електронних документів.

13.11.2. Сторони погодили, що визнання електронних документів та їх підписання з використанням УЕП або КЕП відповідно до Договору не виключає можливості створення, підписання Сторонами та обмін між ними письмовими документами на паперових носіях протягом строку дії Договору.

13.11.3. Якщо Сторонами не буде окремо обумовлено інше у відповідному двосторонньому електронному документі (договір, угода, контракт, акт тощо), Сторони погодили наступне: 1) електронний документ вважається укладеним Сторонами та підписаним всіма необхідними повноважними підписантами з обох Сторін у дату, зазначену в тексті такого електронного документа як дата його складання. Ця умова застосовується, в т. ч., у разі, якщо фактична дата накладання УЕП або КЕП будь-яким з підписантом будь-якої Сторони буде раніше або пізніше дати електронного документа, зазначеної в тексті останнього; 2) у разі, якщо УЕП або КЕП останнього необхідного підписанта будь-якої Сторони буде накладено пізніше дати, зазначеної в електронному документі як дата його складання, умови електронного документа будуть застосовуватися, у всякому разі, до правовідносин Сторін, що виникли, починаючи з дати, зазначеної у тексті такого електронного документа як дата його складання; 3) у разі, якщо УЕП або КЕП останнього необхідного підписанта будь-якої Сторони буде накладено раніше дати, зазначеної в тексті електронного документа як дата його складання, умови електронного документа набудуть чинності та будуть застосовуватися, у всякому разі, до правовідносин Сторін, що виникнуть починаючи з дати, зазначеної у тексті такого електронного документа як дата його складання.

13.11.4. Сторони не несуть відповідальності внаслідок порушення порядку обміну електронними документами та їх непідписання/несвоєчасного їх підписання з використанням УЕП або КЕП, що сталося з причин несправності будь-яких засобів телекомунікаційного зв'язку, відключення та перебоїв у мережах живлення, на що Сторони об'єктивно не могли впливати з метою усунення відповідних несправностей, або у разі настання обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), підтверджених у порядку, передбаченому законодавством.

13.11.5. Сторони підтверджують, що підписанти будуть належним чином уповноважені на підписання електронних документів шляхом накладання УЕП або КЕП та на вимогу іншої Сторони зобов'язані негайно передати копії документів, які підтверджують такі повноваження. Сторони гарантують одна одній, що самостійно вживатимуть всіх необхідних заходів забезпечення схоронності та захисту особистих ключів УЕП та КЕП від незаконного заволодіння чи пошкодження. У випадку порушення буд-якою Стороною положень цього пункту, така Сторона зобов'язана відшкодувати іншій Стороні всі збитки, пов'язані із таким порушенням.

13.11.6. При заподіянні збитків Сторонам та третім особам у разі використання УЕП або удосконаленої електронної печатки, розподіл збитків визначається Сторонами та третіми особами шляхом переговорів; у разі неможливості досягти згоди – в судовому порядку.

## 14. ПЕРЕЛІК ВИЗНАЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

**14.1. Альтернативна консультація** - консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого висококваліфікованого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку виключень), за яким вже є встановлений діагноз і надані рекомендації, та лікування не було ефективним при умові виконання Застрахованою особою всіх призначень лікаря.

**14.2. Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрозувати життю.

**14.3. Гострий біль** - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

**14.4. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем–координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги

**14.5. Екстрена стоматологічна допомога** – це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронаріт.

**14.6. Загострення хронічного захворювання** - це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

**14.7. Застрахована особа** - фізична особа, на користь якої укладено Договір. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав Договір про страхування власного здоров'я та працездатності, він одночасно є і Застрахованою особою.

**14.8. Зміна ступеню страхового ризику** - зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі, заяві на страхування або будь-якому іншому документі, який подавався Страховику, зокрема, але не обмежуючись: умов праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань про які не було належним чином повідомлено, встановлення групи інвалідності тощо.

**14.9. Категорія ЛПЗ** - цифрове значення, що присвоюється кожному ЛПЗ в залежності від вартості послуг.

**14.10. Ліміт страхової суми** – встановлене цим Договором обмеження в сумі виплати по одній чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, видом збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми в рамках якої він встановлюється.

**14.11. ЛПЗ (лікувально-профілактичний заклад)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні, медичні послуги, а також виконання інших функцій, пов'язаних з професійної діяльності медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки, стоматологічні заклади, оздоровчі центри та клуби (басейни, тренажерні зали) тощо незалежно від форми власності; а також інші медичні та немедичні установи основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації.

**14.12. Медичне устаткування** – це товари медичного призначення, що передбачені Українською

класифікацією товарів зовнішньо-економічної діяльності (коди 9018 11 00 00 – 9021 90 90 00).

**14.13. Екстрена (швидка) медична допомога** – медично виправдані та обґрунтовані заходи екстреної медичної допомоги та медичного супроводу ЗО, яка перебуває в критичному (невідкладному) медичному стані що становить пряму та невідворотну загрозу життю до найближчого медичного закладу, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI.

**14.14. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем–координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги.

**14.15. Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.

До нещасних випадків за цим Договором відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потраплення в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

**14.16. Основне захворювання** – основним вважається те захворювання (травма), яке саме по собі або через свої ускладнення стало приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації та/або смерті. В якості основного захворювання повинна фігурувати тільки певна нозологічна одиниця.

**14.17. Індивідуальна картка Застрахованої особи** (надалі - Картка ЗО)- індивідуальний ідентифікатор застрахованої особи, який засвідчує право ЗО на отримання медичних послуг на умовах Договору страхування. Може бути у вигляді електронного зображення або виготовлена з пластику. Картка ЗО містить таку інформацію: індивідуальний номер картки та контакти Страховика. Обслуговування в медичних закладах, як правило, відбувається при пред'явленні Застрахованою особою картки ЗО/її відображення.

**14.18. Планова стаціонарна допомога** – надання стаціонарної медичної допомоги за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин.

**14.19. Повторна консультація** – консультація по результатам досліджень та/або проведеного лікування протягом 10(десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.

**14.20. Професійний спорт** – заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

**14.21. Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

**14.22. Супутнє захворювання** – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.

**14.24. Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору та вираховується при розрахунку розміру страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку. Франшиза може встановлюватись по категорії лікувально-профілактичних закладів та/або окремому ЛПЗ та/або по виду медичної послуги/або по окремій послугі. Розмір франшизи визначено у Додатку №1 до Договору.

**13.25. Хронічне захворювання** – захворювання (хвороба) з тривалим первинним перебігом та/або періодами загострень з виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже

існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).

**14.26. Хронічне захворювання поза стадією загострення** – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів) та встановлюється лікарем.

**Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)**  
1467\_10\_101\_1111\_17-07-2024.pdf

Документ відправлено: 17:25 17.07.2024

**Власник документу**

**Електронний підпис**

17:25 17.07.2024

ЄДРПОУ/ІПН: 20113829

Юр. назва: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Універсальна"

Директор департ. андер. з особ. видів страх. та прод. менедж.: Корлиханова Ірина Олександрівна

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 17:25 17.07.2024

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 32BA6ADA8780FF450400000040DF00009C830300

Тип підпису: кваліфікований