

Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«ОНКОЗАХИСТ»
(назва страхового продукту)

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

Таблиця

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА», код ЄДРПОУ 20113829
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ від 23.04.2024 (вих. номер 27-0024/31517)
4	Місцезнаходження страховика	01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, буд. 9
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://universalna.com/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Ризик в межах класу страхування «Медичне страхування» класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим ризиком є критичне захворювання Застрахованої особи, на яке вона захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору, з урахуванням періоду очікування, а саме: захворювання на рак (злоякісне новоутворення) згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (далі МКХ-10, а з 01.01.2027 – МКХ-11) (будь-яке злоякісне новоутворення, яке характеризується атипичним ростом клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу, та яке не є винятком зі страхових випадків), що підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або, в разі системних ракових захворювань, цитологічними дослідженнями відповідно до протоколів лікування.

		Не може бути Застрахованою особа, яка: - визнана у встановленому законодавством України порядку недієздатною; - молодше 1 року на дату укладання договору страхування; - віком 70 років і більше на дату укладення договору страхування або продовження дії договору на наступний рік, з урахуванням умов договору; - наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням; - вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥ 40 градусів) в тиждень; - викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, ніотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину; - піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах); - страждає в даний час / страждала та/або було діагностовано протягом останніх 10 років: ➤ онкологічні захворювання, в тому числі, але не обмежуючись злоякісним новоутвореннями шкіри, доброякісними або злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози (в тому числі вузли), доброякісними або злоякісним новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланомою <i>in situ</i>, раком крові/лейкемію; ➤ передракові стани, включаючи, але не обмежуючись дисплазією шийки матки (CIN I–III), стравоходом Барретта, поліпами товстої або прямої кишки, хворобою Боуена, лейкоплакією, аденомою передміхурової залози з високим ризиком малігнізації, атрофічним гастритом та/або виразкою шлунку, асоційованими з <i>Helicobacter pylori</i>, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія); - проходила обстеження та діагностику, за результатами яких у неї було діагностовано вірус папіломи людини високоонкогенного ризику (тип 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 та 68), вірус Епштейна-Барра; - страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хвороба Крона; - піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку; - хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ); - перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;
--	--	--

		- онкологічно хворою; - має будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичні онкологічні висновки (аномальний тест РАР або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування); - на дату укладання договору проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з захворювань або станів, вказаних в рядку 8, або очікує результати діагностики. Договір страхування не може бути укладений з: - юридичною особою; - фізичною особою, що не є власником рахунку, відкритого в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», або має обмеження на обслуговування в АТ КБ «ПРИВАТБАНК».
9	Територія та строк дії договору страхування	Територія дії договору - Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, території активних бойових дій та тимчасово окуповані території), а у випадках та за умовами, передбаченими Програмою страхового продукту – за кордоном. Строк дії договору - 1 рік. Строк дії договору поділяється на періоди страхування. Дія договору продовжується (лонгується) на 1 (один) рік на аналогічних умовах (Програма страхового продукту, в тому числі розмір страхової суми, на пролонгований строк дії договору не змінюються, але з урахуванням зміни тарифу при переході Застрахованої особи в іншу вікову групу), якщо жодна із Сторін договору не заявить про намір його припинити. Продовження (лонгація) строку дії договору можливе, за умови, що на момент продовження (лонгації) договору діє договір доручення із Страховим агентом, за посередництвом якого укладено договір.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Програма «Стандарт»: від 2 млн грн до 10 млн грн. Програма «Еліт»: 12 млн грн.
11	Франшиза	Не передбачена.
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	Страховий тариф: Програма «Стандарт»: від 0,01068% до 0,84% страхової суми; Програма «Еліт»: від 0,0189% до 0,25% страхової суми. Страхова премія (річна): Програма «Стандарт»: від 1 068 грн до 16 800 грн; Програма «Еліт»: від 2 268 грн до 30 000 грн.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Одноразово за рік або щомісячно рівними частинами (12 рівних платежів протягом року) до початку періоду страхування.
14	Обов'язки сторін	Страховик зобов'язаний: - Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством. - Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх

		необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати. - При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені договором страхування. - Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення. - З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. - Письмово повідомити Страхувальника / Застраховану особу про відстрочку рішення про страхову виплату або відмові у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення про відстрочку. Страхувальник зобов'язаний: - Своєчасно вносити страхові платежі, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених договором страхування. - При укладанні договору страхування надати Страховику повну, достовірну, об'єктивну інформацію про наявність страхового інтересу щодо Застрахованої особи, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку. - Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкта страхування за Договором страхування. - Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку. - Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому договором страхування. - Повідомити Застрахованій особі про укладення договору страхування на її користь та про право Застрахованої особи протягом 30 календарних днів повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення договору (у випадку наявності заперечень, Застрахована особа має повідомити їх Страхувальнику, який зобов'язаний ініціювати припинення дії договору у відношенні такої Застрахованої особи), а також повідомити Застраховану особу, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом, є обов'язковою умовою Договору. - При настанні події, що має ознаки страхового випадку, надати Страховику документи, передбачені договором.
--	--	--

		- Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування. - Протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Застрахована особа/її законний представник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату. - Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку (в тому числі при укладенні цього договору надати Страховику згоду на отримання персональних/медичних даних Застрахованої особи, в тому числі тих, що становлять лікарську таємницю). - Самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення нового договору страхування у випадках, передбачених договором. - Не передавати договір страхування іншій особі для отримання послуг; - Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення; - Надати Страховику / Асистуючій компанії / їх представникам / медичному закладу або лікарю, до якого Страховик / Асистуюча компанії направили Застраховану особу згоду на розголос лікарської таємниці, доступ до всіх своїх записів в ЕСОЗ, в медичних установах, в тому числі і приватних; - Пройти обстеження (діагностику) у строки та у лікаря, призначеного Страховиком/представником Страховика; - Ознайомити Застраховану особу з умовами договору страхування, укладеного на її користь. Сторони набувають інших обов'язків, що прямо слідують з умов договору.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність у випадках, зазначених в п. 1 ст. 105 Закону України "Про страхування". Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами такого договору. Про намір достроково припинити дію договору Сторона, яка ініціює, зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. Повернення сплаченої страхової премії (або її частини) здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору,

		якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою до Договору. Страховальник має право відмовитися від договору страхування у випадках, зазначених в ст. 107 Закону України “Про страхування”.
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	У випадку встановлення попередньо діагнозу, Застрахована особа/її законний представник невідкладно (протягом 5 днів, але в будь-якому разі до початку проведення лікування) зобов’язана повідомити Страховика за телефоном 0 800 210 381 (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров’я, своє прізвище, ім’я по батькові, номер Договору (Поліса) та іншу інформацію на запит представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров’я Застрахованої особи не дозволяє їй це зробити самостійно. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Застрахована особа/її законний представник не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення. Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією щодо подальших дій Застрахованої особи. Протягом 15 (п’ятнадцяти) робочих днів як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа/її законний представник зобов’язані надати Страховику усі необхідні документи, передбачені договором. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Застрахованої особи/її законного представника. Строк прийняття рішення Страховиком за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів. Протягом вказаного строку Страховик: - приймає рішення про визнання випадку страховим та, відповідно, про страхову виплату або організацію медичної допомоги та в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення Асистуюча компанія організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених договором; - приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/Страховальнику протягом 5 (п’яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення; - якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик або Асистуюча компанія мають право здійснити запит додаткових документів у Застрахованої особи/її законного представника. При цьому, рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик

		повинен прийняти протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованої особи/її законного представника.
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Страховик здійснює страхову виплату: - якщо діагностика/лікування Застрахованої особи проводилась/проводиться не в Україні: шляхом перерахування коштів Асистуючій компанії (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном), яка фактично оплатила або оплатить витрати на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхового продукту, безпосередньо спеціалізований установі, - не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків Асистуючої компанії та платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати, або інших документів про авансові платежі; - якщо діагностика/лікування Застрахованої особи проводилась/проводиться в Україні: шляхом оплати рахунків Медичних або інших установ на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхового продукту, - не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків; - якщо у випадках, визначених обраною Програмою страхового продукту, прийнято рішення про здійснення фіксованої грошової виплати Застрахованій особі – протягом 10 (десяти) робочих днів з дня, що слідує за днем прийняття рішення про страхову виплату. Страхова виплата здійснюється: - у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком – безпосередньо Медичному закладу (напрямку або через Асистуючу компанію), в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика / Асистуючої компанії; - у випадку здійснення фіксованої виплати страхова виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є: - Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. - Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку. - Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку.

		-Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків); створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків. -Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені договором, надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам договору. -У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін. -Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні договору страхування; -У разі недопущення Застрахованою особою/її законним представником та її родичами лікарів (представників Асистуючої компанії та/або Страховика) до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до умов договору. - Не надання Страховику / Асистуючій компанії / їх представникам / медичному закладу або лікарю, до якого Страховик / Асистуюча компанія направили Застраховану особу, згоду на розголос лікарської таємниці, доступ до всіх своїх записів в ЕСОЗ, в медичних установах, в тому числі і приватних -Випадок не є страховим або є винятком зі страхових випадків відповідно до умов Договору. -Наявність інших підстав, встановлених законодавством. Не є страховим випадком та зі страхового покриття виключаються: -захворювання та/або медичні стани, та, відповідно, витрати пов'язані з їх лікуванням, що не визначені договором страхування; -медичні та інші послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, якщо вони були надані Застрахованій
--	--	--

особі після закінчення строку дії або розірвання договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами договору;

- послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних закладах;
- необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами договору;
- психохірургія;
- лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;
- лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;
- будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами договору;
- медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної відповідно до умов договору;
- послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);
- послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку;
- якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи;
- якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку).
- якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки;
- якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку;
- будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років;
- настання події, що має ознаки страхового випадку, до укладання договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгових умов, передбачених договором) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії договору.

Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги:

- з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраною Програмою страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання договору страхування;

		-послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за договором страхування, в тому числі у разі встановлення факту передачі Застрахованою особою договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених договором; -послуги, які не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування з приводу захворювання; -захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІД (включаючи саркому Капоші); -подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою; -подія яка має ознаки страхового випадку, але настала в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами; -подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні; -послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту; -подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії договору страхування, якщо лікування, передбачене відповідною Програмою страхового продукту, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення договору страхування; -отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені умовами договору або вибір яких не був узгоджений із Страховиком; -діагностики та/або лікування, які надаються Застрахованій особі після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття: -пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові; злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002; захворювання шкіри наступних типів: гіперкератоз і базально-клітинна
--	--	---

		карцинома, плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи; ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ); рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона; хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Форма електронного документа.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Страховий посередник АТ КБ «ПРИВАТБАНК» на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг № 003/17/011 від 01.12.2017: внесено до Реєстру посередників за номером 00000431, від 14.03.2025; місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна; код ЄДРПОУ 14360570; тел.: 3700; веб-сайт: https://www.privatbank.ua/ .
23	Інша інформація про страховий продукт	Договір страхування не є додатковим/супутнім до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за договором.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://universalna.com/documents/offers/R3-cancer_protection.pdf