

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Правління
ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»



Загальні умови страхового продукту
«СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»
Редакція 01

Київ 2024

ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ.....	4
2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.....	5
3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ	7
4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ	10
5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	11
7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	12
8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	14
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	15
10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	16
11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	18
12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	18
ДОДАТОК №1.....	19

Загальні умови страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» (далі – ЗУСП) – це внутрішній документ ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА», визначений відповідно до частини першої статті 89 Закону України «Про страхування» та «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, що встановлює загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за страховим продуктом.

Ці ЗУСП розроблені за ризиком в межах класу страхування «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

Відповідно до цих ЗУСП Страховик за визначену договором страхування плату (страхову премію) зобов'язується здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства в разі настання страхового випадку, включаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

Ці ЗУСП визначають особливості укладання договорів страхування за страховим продуктом «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» (далі – договір або договір страхування).

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими ЗУСП.

Страховий продукт «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» є стандартним страховим продуктом зі стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. **Вигодонабувач** - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства;

1.2. **Госпіталізація/лікування в умовах стаціонару/стаціонарне лікування** – цілодобове перебування та проходження курсу лікування в закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), акредитованих в Національній службі здоров'я України належним чином (перелік таких ЗОЗ можна перевірити за посиланням <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>), що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ТМД), а саме: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ) першого та другого рівнів, багатопрофільні дитячі лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ), лікарні відновлювального лікування (далі - ЛВЛ), лікарні планового лікування (далі - ЛПЛ), хоспіси, спеціалізовані медичні центри (далі - СМЦ), багатопрофільні обласні лікарні (клінічні лікарні), багатопрофільні обласні дитячі лікарні (клінічні лікарні), високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками).

Скерування на госпіталізацію до закладу ВМД чи ТМД передбачає заповнення лікарем або медичним працівником служби швидкої медичної допомоги відповідного направлення на госпіталізацію (консультацію), що зареєстроване в обліковій системі ЗОЗ та може бути перевірено Страховою Компанією в e-HEALTH.

Не вважаються «госпіталізацією/лікуванням в умовах, стаціонару/стаціонарним лікуванням» лікування в умовах денного стаціонару, стаціонару вдома, будь-якого іншого виду амбулаторного лікування.

1.3. **Декомпенсація** - порушення нормального функціонування окремого органу, системи органів або всього організму, настає внаслідок вичерпання можливостей або порушення роботи пристосувальних механізмів;

1.4. **Загострення захворювання** - 1) стадія перебігу хвороби, гострого або хронічного стану, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових; 2) стадія хронічного перебігу захворювання, що характеризується посиленням хворобливої симптоматики і появою нових ознак, обумовлених стереотипом розвитку хвороби, її динамікою;

1.5. **Застрахована особа** - фізична особа, визначена страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення якої є об'єктом страхування за договором страхування;

1.6. **ІТС** (Інформаційно-телекомунікаційна система) – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

1.7. **Компенсація** - механізм, спрямований на пристосування організму до факторів ризику і захворювань, що діє до певного моменту;

1.8. **Період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (або дати відновлення відповідальності Страховика після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого будь-яка хвороба, яку було діагностовано, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом терміну дії Договору. При подальшій пролонгації дії Договору щодо Застрахованої особи період очікування не застосовується, якщо після закінчення Договору та пролонгацією його дії не було перерви;

1.9. **Період страхування** - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору;

1.10. **Ремісія** - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів);

1.11. **Розлад здоров'я (захворювання)** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму;

1.12. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошові кошти, що виплачуються страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування та/або

законодавства;

1.13. **Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок)** - плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з договором страхування;

1.14. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку;

1.15. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону;

1.16. **Страховий випадок** - подія, передбачена договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства;

1.17. **Страховий інтерес** - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі;

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

1.19. **Страховий тариф** - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття;

1.20. **Страховик** - ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УНІВЕРСАЛЬНА»;

1.21. **Страховальник** - особа, яка уклала із страховиком договір страхування або є страхувальником відповідно до законодавства;

1.22. **Строк страхового покриття** - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору або законодавства;

1.23. **Субкомпенсація** - одна зі стадій захворювань, під час якої клінічні симптоми поступово наростають і самопочуття погіршується;

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

1.25. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування та/або законодавством;

1.26. **Хронічне захворювання** – це хвороба, яка протікає тривалий час, частіше, супроводжує людину все життя, а її симптоми можуть посилюватися або послаблюватися з плином часу, що залежить, також, від ефективності лікування. Можливі періоди загострень і ремісій, компенсації, субкомпенсації і декомпенсації.

Терміни, що не обумовлені цими ЗУСП, визначаються Законом України «Про страхування» та іншими законодавчими і нормативно-правовими актами України.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Страхове покриття включає перелік страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, страхових випадків, об'єкт страхування, строк дії договору, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії договору, та вказується за погодженням сторін в Договорі страхування.

2.2. Предметом договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

2.3. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.

2.3.1. Застрахованою особою є фізична особа, зазначена в Договорі та яка надала письмову або усну згоду на укладення Договору на її користь.

2.4. Страховим ризиком є виникнення у Застрахованої особи хвороби, що передбачена Додатком № 1 «Перелік хвороб та розмір страхових виплат» (далі – Таблиця виплат).

2.5. Страхові випадки:

2.5.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок настання страхового ризику, передбаченого в п. 2.4.

2.5.1.1. Подія, передбачена п. 2.4, визнається Страховиком страховим випадком за умови, якщо хвороба/би наступили впродовж строку дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Таблицею виплат, та між хворобою і смертю Страхувальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок.

2.5.1.2. Страховим випадком вважається смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби, зазначеної в Таблиці виплат, вперше виявленої протягом строку дії Договору після завершення періоду очікування страхового випадку, та якщо ця смерть Застрахованої особи настала протягом строку дії Договору.

2.5.2. Захворювання Застрахованої особи відповідно до Таблиці виплат.

2.5.2.1. Подія, передбачена п. 2.4, визнається Страховиком страховим випадком, якщо захворювання було діагностовано вперше під час дії Договору, виникло після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Додатком № 1. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.

2.6. Строк дії договору - 1 рік.

2.6.1. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії Договору, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Договором на рахунок Страховика. Договір діє до 24.00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.

2.6.2. Строк дії Договору поділяється на періоди страхування тривалістю 1 рік або 1 місяць (обирається Страхувальником при укладенні договору страхування).

2.6.3. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за датою сплати Страхувальником страхового платежу на рахунок Страховика, та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування.

2.6.4. Страховий захист в кожному періоді страхування діє за умови сплати страхового платежу за такий період страхування згідно з Договором.

2.6.5. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу за період, тривалість якого обирається Страхувальником при укладенні Договору страхування), в повному розмірі на рахунок Страховика, та діє до закінчення такого періоду страхування. При цьому, датою закінчення останнього періоду страхування є дата закінчення дії Договору, а у разі лонгації Договору, страховий захист у періоді, що перевищує дату закінчення Договору надається за продовженим (лонгованим) Договором.

2.6.6. Дія Договору продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору на умовах, зазначених в Договорі, якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити.

2.6.7. 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. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір діє до закінчення строку дії Договору, на якій він був укладений, за умови сплати страхових платежів, але не продовжується (не лонгується) на новий строк дії Договору.

2.6.8. Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на рахунок Страховика протягом 6 (шість) місяців поспіль.

2.7. Валюта договору – грн.

2.8. Страхова сума – 50 000 грн, 75 000 грн, 100 000 грн.

2.9. Франшиза – відсутня.

2.10. Територія дії договору - територія України.

2.10.1. Дія Договору не поширюється на території України, що є тимчасово окуповані; території України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; населені пункти, що розташовані на лінії розмежування; території активних

бойових дій, на яких ведуться воєнні (бойові) дії на дату настання події, що має ознаки страхового випадку.

2.11. Період очікування страхового випадку щодо кожного з захворювань встановлюється строком в календарних днях та наведені в Таблиці виплат.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. Визначити особу (вигодонабувача), яка відповідно до договору страхування або законодавства має право на страхову виплату;

3.1.2. До настання страхового випадку змінити вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування;

3.1.3. Ініціювати внесення змін до договору;

3.1.4. Якщо договір страхування укладений шляхом приєднання, то ініціювати внесення змін до умов договору, що викладені в індивідуальній частині цього договору;

3.1.5. Відмовитися від договору страхування;

3.1.6. Достроково припинити дію Договору страхування.

3.1.7. Укладати зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

3.1.8. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

3.1.9. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування.

3.2. Страховик має право:

3.2.1. Ініціювати внесення змін до договору;

3.2.2. Якщо договір страхування укладений шляхом приєднання, то Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни в публічну частину договору (з урахуванням обмежень, визначених законодавством) шляхом викладення нової редакції Оферти на вебсайті Страховика www.universalna.com. Викладення нової редакції Оферти на вебсайті Страховика вважається належним повідомленням Страхувальника про внесення змін в Оферту. Якщо Страхувальник не згоден із змінами умов договору, він має право достроково припинити його дію, повідомивши про це Страховика протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати публікації таких змін. В такому випадку Страховик повертає Страхувальнику невикористану частину страхової премії, розраховану згідно з п. 4.5.1 ЗУСП. Якщо від Страхувальника протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати викладення нової редакції Оферти не надійшло повідомлення про дострокове припинення дії договору страхування, Страхувальник вважається таким, що повністю прийняв Оферту, викладену в новій редакції. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність/відсутність змін умов Договору на офіційному вебсайті Страховика в мережі Інтернет;

3.2.3. Проводити розслідування страхового випадку та оцінку розміру заподіяних збитків, залучати для цього уповноважених експертів;

3.2.4. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.

3.2.5. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду). При цьому, Застрахована особа надає право Страховику отримувати у зазначених вище закладах, організаціях та установах будь-яку інформацію стосовно стану свого здоров'я, у тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею.

3.2.6. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування.

3.2.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором.

3.2.8. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, що є винятками та обмеженнями страхування.

3.2.9. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

3.2.10. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, визначений договором страхування та цими ЗУСП.

3.2.11. Достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором.

3.2.12. Відмовитись від підтримання ділових відносин із Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції, у випадках передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема, у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

3.2.13. При зростанні рівня збитковості та/або при виявленні ознак шахрайства, яке підтверджується висновком Служби Безпеки Страховика, в односторонньому порядку припинити дію Договору в порядку визначеному п. 4.6 ЗУСП, при цьому після припинення Договору з таким Страхувальником не може бути укладений на умовах цих ЗУСП.

3.3. Страхувальник зобов'язаний:

3.3.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;

3.3.2. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування;

3.3.3. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.3.4. При укладанні Договору страхування надати Страховику 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;

3.3.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкта страхування.

3.3.6. При настанні страхового випадку надати Страховику документи, зазначені в договорі страхування.

3.3.7. Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

3.3.8. Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

3.3.9. Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку.

3.3.10. Отримати згоду Застрахованої особи на укладання Договору на її користь та інформацію про стани/захворювання/рід діяльності/занять Застрахованої особи, яка зазначається Страхувальником під час укладення Договору; ознайомити Застраховану особу з умовами страхування.

3.3.11. Страхувальник, Застрахована особа чи Вигодонабувач (спадкоємець), що одержали страхову виплату, зобов'язані повернути Страховику одержані суми страхової виплати (або їх відповідну частину), якщо протягом передбачених законодавством України строків позовної давності виявиться така обставина, що по закону або за умовами Договору страхування повністю чи частково позбавляє їх права на страхову виплату.

3.3.12. Страхувальник зобов'язаний повідомити Застраховану особу за Договором про укладений на її користь Договір та про право Застрахованої особи протягом 30 (тридцяти) календарних днів повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору. У випадку наявності заперечень, Застрахована особа має повідомити їх Страхувальнику / Страховику, який зобов'язаний ініціювати припинення дії Договору у відношенні такої Застрахованої особи.

3.4. Страховик зобов'язаний:

3.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством.

3.4.2. 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.

3.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування.

3.4.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

3.4.5. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття.

3.4.6. Письмово повідомити Страхувальника / Застраховану особу (спадкоємця Застрахованої особи) про відстрочку рішення про страхову виплату або відмові у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення про відстрочку.

3.5. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

3.6. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі, зміну номеру мобільного зв'язку Страхувальника, про що Страхувальник повідомляє Страховика протягом визначеного цим пунктом строку).

3.7. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідує з умов Договору.

3.8. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору:

3.9. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

3.9.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від суми невчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.

3.9.2. 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).

3.9.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму тощо. 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.

4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

4.1. Всі зміни та доповнення до договору страхування вносяться за згодою Сторін шляхом укладання додаткового договору до договору страхування, що є його невід'ємною частиною.

4.1.1. Якщо договір страхування укладений шляхом приєднання, то:

4.1.1.1. Зміни та доповнення в його індивідуальну частину вносяться за згодою сторін шляхом укладання додаткового договору до договору страхування, що є його невід'ємною частиною;

4.1.1.2. Зміни та доповнення в його публічну частину вносяться Страховиком згідно з п. 3.2.2 цих ЗУСП;

4.2. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

4.2.1. Закінчення строку дії договору страхування;

4.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;

4.2.3. Несплати страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договору;

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

4.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.2.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

4.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

4.3. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або Страховика.

4.4. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.5. Дострокове припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

4.5.1. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування.

4.5.2. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.6. Дострокове припинення дії Договору за вимогою Страховика:

4.6.1. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

4.6.2. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

4.7. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов договору страхування - 60 % страхового тарифу.

4.7.1. Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного договору страхування, визначається при укладенні такого договору страхування за згодою страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому договорі страхування.

4.8. Частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, при достроковому припинення дії договору страхування у разі ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи-підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування», підлягає поверненню особі, визначеній на підставі законодавства.

4.9. При достроковому припиненні дії договору страхування в зв'язку з виконанням страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

4.10. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком у строки, визначені договором страхування. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії договору страхування, у разі відсутності встановленого у договорі страхування строку для такого повернення, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування».

4.11. При достроковому припиненні дії договору страхування, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

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

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

4.14. Відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:

4.14.1. Його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

4.14.2. Відсутній об'єкт страхування;

4.14.3. Страховиком доведено, що договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

4.14.4. У страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

4.15. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

5.1.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

5.1.2. Випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

5.3. Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

5.4. Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів, якщо інший строк не обумовлений договором страхування.

5.5. У разі відмови страхувальником від договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач:

6.1.1. Протягом 2-х (двох) робочих днів з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) заявити про випадок через ІТС «Приват24» або за телефоном 3700 (а у разі недоступності зазначених каналів – за контактними даними Страховика).

6.1.2. не пізніше 30 (тридцяти) днів з дня встановлення діагнозу хвороби або закінчення лікування Застрахованої особи, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язана надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Розділом 7 через ІТС «Приват 24» або за телефоном 3700 (а у разі недоступності зазначених каналів зв'язку – за контактними даними Страховика);

6.1.3. не пізніше 6 (шести) місяців з дати смерті Застрахованої особи спадкоємець Застрахованої особи зобов'язаний заявити про випадок за телефоном 3700 (а у разі

недоступності зазначеного каналу зв'язку – за контактними даними Страховика) та не пізніше 12 (дванадцяти) місяців надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Розділом 7.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку та необхідні для розрахунку та здійснення страхової виплати, що Страхувальник (Застрахована особа) чи Вигодонабувач (спадкоємець) повинні надати Страховику:

7.1.1. заяву про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру, копію паспорта або документа, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою. Сторони погоджуються, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, може заповнюватися і подаватися в електронній формі за допомогою ІКС Страховика або його страхового агента в порядку, передбаченому чинним законодавством України. Сторони домовились, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, складена за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента за формою прирівнюється до письмової.

Також надаються документи що підтверджують настання страхового випадку, а саме:

7.1.1.1. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок Хвороби:

- копію свідоцтва про смерть;
- копію лікарського свідоцтва про смерть;
- виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злякисне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином;

- для спадкоємців – копія свідоцтва про право на спадщину.

7.1.1.2. у разі виникнення Хвороби у Застрахованої особи

- виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злякисне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином (фотокопія історії хвороби - стаціонарного хворого, амбулаторної карти (на вимогу Страховика);

7.2. Форма, спосіб та порядок подання документів, зазначених в п. 7.1:

7.2.1. Документи, які подаються для отримання страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та посвідчені належним чином.

7.2.2. Страховик має право вимагати інші документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а саме документи, які мають бути оформлені у відповідності до алгоритму надання первинної або вторинної медичної допомоги в Україні. Це можуть бути паперові або електронні документи, оформлені сімейним лікарем або в закладах охорони здоров'я в системі ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я) та/або в системі МІС (медична інформаційна система). До таких документів можуть відноситись, в залежності від алгоритму надання допомоги, наступні медичні документи:

- направлення (в тому числі електронне від сімейного лікаря, лікаря вторинної ланки медичної допомоги, лікаря приймального відділення, бригади швидкої медичної допомоги) на послугу госпіталізація;

- результати лабораторних та інструментальних досліджень на початку лікування та при виписці, які необхідні для діагностики та контролю якості лікування;

- рецепти для продовження лікування, розпочатого в стаціонарі.

7.2.3. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 7.1, в тому числі в електронному вигляді.

7.2.4. Копією документу є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим

агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика або Страхового агента та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

7.2.5. Документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або Страховому агенту, має відповідати наступним вимогам:

- повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;

- документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx або .pdf з розпізнаним текстом);

- документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

- має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

- Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що надаючи Страховику (Страховому агенту) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Останній розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

7.3. Порядок розрахунку розміру страхової виплати:

7.3.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку, передбаченого Договором, здійснюється Страховиком у розмірах, зазначених в Таблиці виплат та з урахуванням умов Договору.

7.4. Строк прийняття рішення за випадком становить 5 (п'ять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:

7.4.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

7.4.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

7.4.3. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті у разі особливо складних обставин страхового випадку або коли обставини страхового випадку потребують додаткової перевірки на строк не більший 6 (шести) місяців з дати отримання останнього з усіх документів, запитаних Страховиком для прийняття відповідного рішення, якщо:

7.4.3.1. для встановлення причин випадку необхідно зробити запити до медичних закладів, інших підприємств, установ чи організацій, державних органів – до моменту отримання відповідей на запити.

7.4.3.2. не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розміру суми страхового відшкодування – до їх з'ясування;

7.4.3.3. відкрито кримінальне провадження або розпочато судовий процес, або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення - до закінчення досудового розслідування постановою про закриття кримінального провадження, закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або винесення вироку судом, або прийняття рішення суду;

7.4.3.4. якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового випадку, відстрочити Страхову виплату до закінчення Страховиком такого розслідування.

7.5. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) робочих днів з дати складення страхового акту.

7.6. Страхова виплата здійснюється: Застрахованій особі (Вигодонабувачу (спадкоємцям Застрахованої особи)) на один з її рахунків, відкритих в АТ КБ ПРИВАТБАНК, у випадку відсутності таких в АТ КБ ПРИВАТБАНК, на будь-який інший, зазначений у заяві на виплату страхового відшкодування. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою), страхове відшкодування виплачується її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата може здійснюватися на рахунок Застрахованої особи, що був відкритий в АТ КБ «ПРИВАТБАНК» для її подальшого розподілу та виплати відповідно до законодавства, в т.ч. в порядку спадкування.

7.7. Страхова виплата здійснюється лише за остаточним, уточненим та обґрунтованим діагнозом захворювання, згідно нормативних документів МОЗ України.

7.8. Страхова виплата за однаковим захворюванням здійснюється не більше 1 (одного) разу протягом року. У разі причинно-наслідкового зв'язку декількох захворювань однієї групи органів, страхова виплата здійснюється по найбільш важкому.

7.9. Після здійснення страхової виплати Договір зберігає дію до кінця оплаченого строку, а наступна відповідальність Страховика зменшується на виплачену суму. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія Договору в частині відповідальності Страховика припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з рахунку Страховика.

7.10. Якщо Договором передбачена можливість внесення річного страхового платежу Страхувальником "щомісячно", то при настанні страхового випадку "Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби" із суми страхової виплати Страховик має право утримати суму страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору страхування.

7.11. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

8.1.1. Навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

8.1.2. Вчинення страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

8.1.3. Подання страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

8.1.4. Несвоєчасне повідомлення страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних 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), або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

8.1.5. Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору.

8.1.6. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору;

8.1.7. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;

8.1.8. Наявність інших підстав, встановлених законодавством.

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

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір страхування укладається українською мовою виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами чинного законодавства.

9.2. Перед укладенням договору страхування страхувальник зобов'язаний для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування, та/або про розмір страхової премії за договором страхування:

9.2.1. Надати відомості про страхувальника та об'єкт страхування:

- прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування, реєстраційний номер облікової картки платника податків, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України, в якому проставлено відмітку про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, чи номер паспорта із записом про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків в електронному безконтактному носії, унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності);

- інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;

9.2.2. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- чи є застрахована особа, особою, яка визнана в установленому порядку недієздатно;
- чи є застрахована особа, особою, які страждають важкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку і хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребта і спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний) або мають злоякісні новоутворення;

- чи є застрахована особа психічно хворою (знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах);

- чи є застрахована особа ВІЛ-інфікованою.

9.2.3. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, уключаючи наявність такого інтересу у вигодонабувача (у разі визначення такої особи в договорі страхування).

9.3. Договір страхування укладається шляхом приєднання.

9.3.1. Публічна частина договору є пропозицією Страховика укласти договір страхування у формі електронного документа. У випадку прийняття клієнтом пропозиції в порядку, визначеному офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами оферти.

9.3.2. Прийняття страхувальником оферти здійснюється в цілому, страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови договору страхування.

9.3.3. Перед укладенням Договору страхування страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з пропозицією Страховика, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента.

9.3.4. Укладання договору здійснюється на вебсторінці Страхового агента в мережі Інтернет <https://www.pb.ua> або в персональному кабінеті страхувальника за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання Договорів страхування відповідно до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування.

9.3.5. Безумовним прийняттям пропозиції Страховика укласти договір страхування вважається здійснення страхувальником дій, направлених на оформлення договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення договору) та підписання договору в порядку, передбаченому чинним законодавством та договором страхування.

9.3.6. Страхувальник отримує на підтвердження укладення договору страхування індивідуальну частину договору (поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті

страхувальника в системі Internet Banking Приват24, в тому числі в мобільній версії Mobile Banking).

9.3.7. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення індивідуальної частини договору Клієнту.

9.3.8. Сплата страхового платежу за укладеним договором за перший період страхування здійснюється страхувальником тільки після отримання поліса від Страховика або Страхового агента.

9.3.9. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

9.3.10. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту оферти.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття події:

10.1.1. як результат або під час вживання Страхувальником алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів;

10.1.2. отруєння Страхувальника наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Страхувальника третіми особами;

10.1.3. навмисного заподіяння Страхувальником собі тілесних ушкоджень;

10.1.4. самогубства, замаху на самогубство Страхувальника, за винятком випадків, коли він (вона) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб;

10.1.5. керування Страхувальником транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління ним (нею) особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом.

10.1.6. які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;

10.1.7. що виникли внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;

10.1.8. які є наслідком спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.1.9. які пов'язані з масовими епідеміями;

10.1.10. що отримані в результаті військових дій, громадянських безладь, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;

10.1.11. що отримані при проведенні заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи громадянської влади та політичних організацій;

10.1.12. що отримані внаслідок порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;

10.1.13. що виникли в результаті самолікування;

10.1.14. вроджені вади та спадкові хвороби;

10.1.15. психічні хвороби;

10.1.16. ожиріння, косметичні чи косметологічні послуги, естетичні оперативні втручання, операції по заміні статі;

10.1.17. ускладнення або штучне переривання вагітності;

- 10.1.18. імпотенція, чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності;
- 10.1.19. що виникли внаслідок інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору;
- 10.1.20. події, що сталися за межами території дії Договору.
- 10.1.21. за якими Застрахованій особі встановлена будь-яка група інвалідності (I, II, III групи інвалідності).
- 10.1.22. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на хвороби, які не зазначені в Додатку №1 до Пропозиції.
- 10.1.23. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічну хворобу, а також наслідки та ускладнення захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока), стенокардію, ІХС, геморой, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти, фарингіти і трахеїти, риніти, гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, коліти, остеохондроз та його ускладнення, хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, межреберна невралгія, кон'юнктивити, ГРІ, ГРЗ, грип, бактеріальні кишкові інфекції, мікози.
- 10.2. Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги:
- 10.2.1. У випадку звернення Застрахованої особи протягом року вдруге та більше за страховою виплатою за однаковим захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату відповідно до Таблиці виплат.
- 10.2.2. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.
- 10.2.3. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін.
- 10.3. Не можуть бути застрахованими особи:
- 10.3.1. віком до 1 року або старше 70 років і більше на момент укладання Договору;
- 10.3.2. які досягли 70 років в період дії Договору (застосовується після завершення оплаченого періоду, в якому Застрахована особа досягла 70 років);
- 10.3.3. які визнані в установленому порядку недієздатними;
- 10.3.4. які страждають важкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку і хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребта і спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний) або мають злоякісні новоутворення;
- 10.3.5. які є психічно хворими (знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах);
- 10.3.6. які є ВІЛ-інфіковані.
- 10.4. За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п. 10.3, до початку дії Договору страхування (в тому числі якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховика про зазначені обставини або повідомив завідомо неправдиві відомості, а також у випадку наявності обставини, передбаченої п. 10.3.2, Договір припиняє свою дію з дня досягнення Застрахованою особою віку 70 років. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за днем народження), Договір страхування вважається таким, що не набув чинності. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.
- У разі виникнення стосовно Застрахованої особи на користь, якої укладено Договір під час дії Договору страхування обставин, за яких така особа не може бути застрахованою відповідно до п.10.3, Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати після втрати чинності Договором страхування не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний за таким період страхування у випадку їх оплати Страхувальником.

12.5. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п. 7.4. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п. 7.4.2, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори за договором страхування між страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

11.2. Якщо Страховик та страхувальник під час переговорів не дійшли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

Телефон цілодобової інформаційної лінії Страховика: 0 800 500 381

Адреса: м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9

e-mail: office@universalna.com

Цілодобовий телефон підтримки клієнтів ПриватБанку (Страхового посередника)*: 3700

*безкоштовно з мобільних у межах України

Дистанційні канали звернення:

через Приат24 або чат-онлайн "Допомога online" з вебсайту <https://www.pb.ua>

ПЕРЕЛІК ХВОРОБ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

№	Захворювання	Розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:			
1	Гострий інфаркт міокарду	50	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	30 днів
3	Гострий перикардит	40	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	30 днів
5	Гострий міокардит	30	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
10	Флеботромбоз	15	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозку)	40	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	50	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	40	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:			
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення脾енектомії)	10	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	90 днів
III. Хвороби органів дихання:			
25	Гострий тонзиліт	2	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	30 днів
27	Емфізема	8	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	30 днів
29	Плеврит	10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	7 днів
31	Гемоторакс	10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	30 днів

34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:			
35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	15 днів
43	Панкреонекроз	45	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	7 днів
45	Гострий апендицит	15	7 днів
46	Печінкова колька	2	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи:			
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	5	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
54	Гострий уретрит	5	90 днів
55	Гострий цистит	2	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90 днів
VI. Хвороби кістковом'язевої системи та сполучної тканини:			
63	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90 днів

69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:			
77	Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	90 днів
79	Гострий тиреоїдіт	15	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (орім гестаційного вперше виявлений)	10	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи:			
83	Ураження трійчастого нерва	5	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха:			
88	Кератити	5	90 днів
89	Іридоцикліти	5	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	90 днів
93	Виразки роговиці	10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30 днів
95	Хвороби слъзових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого ератокон'юнктивіту))	5	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	30 днів
97	Гострий середній отит	2	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	30 днів
X. Новоутворення:			
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	90 днів

105	Злоякісні новоутворення молочної залози		
	до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки		
	до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок		
	до 35 років	40	90 днів
	від 35 років і старше	30	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	90 днів
110	Лейкоз	50	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти, незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)	5	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:			
117	Холера	15	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	30 днів
119	Сальмонельоз	10	30 днів
120	Ботулізм	15	30 днів
121	Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)	10	30 днів
122	Туляремія	15	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	30 днів
124	Сибірська виразка	20	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	30 днів
126	Скарлатина	4	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонара)	4	30 днів
128	Вітряна віспа	2	30 днів
129	Кір	2	30 днів
130	Краснуха	2	30 днів
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	30 днів
139	Лептоспіроз	20	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	30 днів
141	Лейшманіоз	20	30 днів
142	Інфекційний монокулеоз	10	30 днів
143	Малярія	15	30 днів
144	Сепсис	30	30 днів