



ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

«ОНКОЗАХИСТ»

(редакція 03)

Загальні умови страхового продукту «ОНКОЗАХИСТ» (далі – Умови) – це внутрішній документ Страховика, 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 Умови визначають особливості укладення договорів страхування за стандартним страховим продуктом «ОНКОЗАХИСТ» (далі – Договір або Договір страхування).

Договір страхування складається з публічної частини Договору, якою є ці Умови, та індивідуальної частини Договору, якою є Поліс медичного страхування за стандартним страховим продуктом «ОНКОЗАХИСТ» (далі – Поліс).

Ці Умови є пропозицією Страховика укласти договір страхування за стандартним страховим продуктом «ОНКОЗАХИСТ» шляхом приєднання на індивідуально визначених умовах, встановлених Полісом, що адресується невизначеному колу фізичних осіб, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства.

В Полісі визначається обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню.

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 Умовами, про що зазначається в Полісі.

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

1. СТРАХОВИК: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УНІВЕРСАЛЬНА»

внесено до Державного реєстру фінансових установ розпорядженням Держфінпослуг № 1224 від 21.08.2004, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ № 16;

місцезнаходження: 01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9;

код ЄДРПОУ: 20113829;

контактні дані для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків:

телефон: 0 800 210 381; e-mail: ovs@universalna.com; вебсайт <https://universalna.com>.

2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ:

2.1. АТ КБ «ПРИВАТБАНК», укладає Договір страхування від імені та в інтересах Страховика на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг № 003/17/011 від 01.12.2017;

відомості про внесення інформації до Реєстру посередників: реєстраційний номер 00000431, дата внесення запису 14.03.2025;

місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна;

код ЄДРПОУ 14360570;

контактні дані: телефон: 3700; веб-сайт: <https://www.privatbank.ua/>.

2.2. Можлива участь інших страхових агентів (страхових посередників), повноваження яких визначаються відповідно до договору доручення, укладеного з такими посередниками.

2.3. Порядок, спосіб та строки зміни інформації про страхового посередника визначається в Полісі.

3. СТРАХУВАЛЬНИК

Страховальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування. Ідентифікаційні дані Страховальника зазначаються у п.3 Поліса.

4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС. ВИГОДОНАБУВАЧ

4.1. Предметом Договору є передача Страховальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування (п.4.2 Поліса), Страховику на умовах, визначених Договором.

4.2. Об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у п.5 Поліса (далі - Застрахована особа) та з яким пов'язані:

- страхові інтереси Страховальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача);
- страхові ризики, що підлягають страхуванню за Договором.

4.3. При укладенні договору страхування Страховальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути Страховальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страховальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страховальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

4.4. Вигодонабувач за Договором зазначається в Полісі.

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

5.1. Інформація про Застрахованих осіб зазначається в п.5 Поліса у обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної Застрахованої особи.

5.2. Застрахованою особою за Договором є фізична особа, вказана у п.5 Поліса, та яка надала письмову або усну згоду на укладення цього Договору на її користь.

5.3. Застрахована особа може бути застрахована за умови попереднього заповнення Декларації про стан здоров'я (далі - Декларація або Медична декларація), що додається до Поліса та є невід'ємною частиною Поліса.

5.4. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страховальника, передбачених Договором, крім прав / обов'язків, які можуть належати Страховальнику / бути виконані виключно Страховальником.

5.5. Підписанням Поліса в порядку, передбаченому умовами Розділу 15 Умов, Страховальник засвідчує, що повідомив Застрахованих осіб про укладення Договору на їх користь у спосіб, що надає можливість підтвердження факту здійснення такого повідомлення і Застраховані особи не заперечували щодо укладання Договору на їх користь.

5.6. Відсутність заперечень Застрахованої особи та набрання чинності Договору стосовно цієї особи підтверджує, що Застрахована особа ознайомена з Договором та Загальними умовами страхового продукту (п. 17.1. Умов), а також погоджується з наявністю у неї прав та обов'язків за Договором.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страховим ризиком за Договором 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 (п.9.4. Умов), 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;

6.1.1. Якщо Застрахованою особою є особа віком від 1 до 18 років (включно), то страхове покриття для лікування **лімфоми** (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або **лейкемії** (злоякісного захворювання клітин крові) включає витрати на застосування **трансплантації кісткового мозку** на умовах та у випадках, визначених Договором та Програмою страхового продукту.

6.2. Страховим випадком за Договором є документально підтверджена необхідність організації медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, Застрахованій особі протягом строку дії Договору з урахуванням періоду очікування (п. 9.4. Поліса) з приводу настання страхового ризику (п. 6.1. Поліса) та необхідності в організації та оплаті вартості медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, внаслідок чого у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату шляхом оплатити витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, або шляхом здійснення фіксованої грошової виплати відповідно до Договору та обраної Програми страхового продукту.

6.2.1. Опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком (Асистуючою компанією) при настанні страхового випадку за обраною Програмою страхового продукту (п.7.1. Поліса) наведено в Додатку №1 до Умов.

6.2.2. У разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються асистуючі послуги (допомога /послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком або Асистуючою компанією та можуть включати координацію дій Застрахованої особи та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією інших дій, спрямованих на врегулювання страхового випадку.

7. СТРАХОВА СУМА ТА/АБО ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА

7.1. **Розмір загальної страхової суми за Договором** зазначається у п. 7.2. Поліса. Страхова сума залежить від обраної Страхувальником при укладенні Договору Програми страхового продукту, а саме:

Вік Застрахованої особи	Страхова сума та ліміти виплати за Програмою	
	«Стандарт»	«Еліт»
від 1 до 18 років (включно)	10 000 000 грн	12 000 000 грн
в т.ч. ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкемії (злоякісного захворювання клітин крові)	8 000 000 грн	в межах страхової суми 12 000 000 грн
в т.ч. ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ	2 000 000 грн	
від 19 до 69 років (включно)	2 000 000 грн	12 000 000 грн

7.2. Страхова сума за Договором є зменшуваною (агрегатною) страховою сумою. У разі настання страхового випадку протягом строку дії Договору агрегатна страхова сума розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору страхування та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, якщо він стався в період дії Договору незалежно від дати його визнання. При цьому, якщо страхова сума буде використана повністю до завершення 365 днів з дати визнання випадку страховим, то відповідальність Страховика по

здійсненню страхових виплат за Договором припиняється, а зобов'язання Страховика щодо Застрахованої особи за Договором вважаються виконаними.

7.3. Вид та розмір франшизи: франшиза за Договором не застосовується.

8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ

8.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та вказується в п.8.1. Поліса.

8.2. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи*	Річний страховий тариф** за Програмою, % страхової суми	
	«Стандарт»	«Еліт»
від 1 до 18 повних років (включно)	0,01068%	0,0189%
від 19 до 30 повних років (включно)	0,06%	0,021%
від 31 до 40 повних років (включно)	0,09%	0,03%
від 41 до 50 повних років (включно)	0,18%	0,06%
від 51 до 60 повних років (включно)	0,45%	0,15%
від 61 до 69 повних років (включно)	0,84%	0,25%

8.3. У разі досягнення протягом строку дії Договору страхування Застрахованою особою віку, за яким згідно з п. 8.2. Умов передбачено більший страховий тариф, ніж страховий тариф за віком на дату укладання Договору, то Договір страхування продовжує діяти на визначених ним умовах до закінчення річного страхового періоду за Договором. Після припинення дії договору страхування Страхувальник має право укласти новий договір страхування із встановленням страхового тарифу та страхового платежу згідно своєї вікової категорії. Якщо укладення нового договору страхування у зв'язку зі зміною вікової категорії Застрахованої особи відбулося не пізніше 30 днів з дати завершення попереднього Договору страхування, то страхове покриття за новим Договором страхування діє без застосування періоду очікування, передбаченого цими Умовами.

8.3.1. В іншому випадку, якщо при лонгації Договору страхування на наступний річний страховий період з одночасною зміною вікової категорії Страхувальник самостійно не здійснив перехід на іншу вікову категорію, Договір страхування припиняє свою дію автоматично з дня, наступного після закінчення річного періоду страхування, в якому відбулася зміна вікової категорії.

8.4. Загальний страховий платіж за Договором зазначається у п.8.2. Поліса.

8.5. Розмір загального страхового платежу за Договором та страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та встановлюється в розмірі:

* Вік Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладання / річної лонгації Договору страхування.

** Відповідно до тарифної політики для стандартного страхового продукту «ОНКОЗАХИСТ» при розрахунку страхового тарифу застосовується коефіцієнт андеррайтера (далі – КА) в межах від 0,05 до 7,00. Значення КА встановлюється залежно від рівня збитковості даного продукту, отриманої інформації про об'єкт страхування та про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику відповідно до п.15.2 цих Умов.

Значення КА затверджується внутрішнім документом Страховика та оприлюднюється на вебсайті за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до дати введення в дію. Нове значення КА застосовується при розрахунку страхового тарифу для нових договорів страхування.

Остаточний розмір страхового тарифу зазначається в Полісі.

КА на дату введення в дію цих Умов 1,00.

Вік Застрахованої особи	Страховий платіж*** за Програмою, грн.			
	«Стандарт»		«Еліт»	
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік
від 1 до 18 повних років (включно)	89,00	1 068,00	189,00	2 268,00
від 19 до 30 повних років (включно)	100,00	1 200,00	210,00	2 520,00
від 31 до 40 повних років (включно)	150,00	1 800,00	300,00	3 600,00
від 41 до 50 повних років (включно)	300,00	3 600,00	600,00	7 200,00
від 51 до 60 повних років (включно)	750,00	9 000,00	1 500,00	18 000,00
від 61 до 69 повних років (включно)	1 400,00	16 800,00	2 500,00	30 000,00

8.6. Відомості для сплати страхового платежу за Договором:

IBAN UA283052990000026504031000642 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20113829.

8.6.1. Порядок сплати загального страхового платежу за Договором (п.8.2. Поліса) залежить від кількості періодів страхування за Договором (п.8.3. Поліса). Страховий платіж за кожен період страхування згідно з п.8.4 Поліса сплачується з періодичністю згідно з п.8.5. Поліса у безготівковій формі до настання дати початку дії відповідного періоду дії Договору.

8.6.2. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

8.6.3. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: «Страховий платіж за Договором № _____ від _____».

8.6.4. У випадку зміни платіжних відомостей (у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами) Страховик зазначає нові платіжні реквізити, про що інформує Страхувальника за допомогою ІКС Страховика / Страхового агента.

8.6.5. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи можуть стягувати комісію відповідно до діючих тарифів.

9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ

9.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п.9.1 Поліса.

9.1.1. Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії Договору, яка зазначена у п.9.1. Поліса, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Полісом, на рахунок Страховика.

9.1.2. Договір діє до 24:00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у п.9.1. Поліса як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору, з урахуванням умов Договору щодо дії страхового захисту.

9.2. Період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у п. 8.3. Поліса.

9.2.1. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, зазначеного в п. 9.1. Поліса як дата початку строку дії Договору, та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування, встановленого в Полісі.

9.2.2. Якщо Полісом передбачено більше одного періоду страхування, то кожен наступний період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування. Дата закінчення останнього періоду страхування відповідає даті закінчення дії Договору.

9.2.3. Страховий захист діє в оплаченому періоді страхування. Також страховий захист діє протягом пільгового періоду для сплати страхового платежу, який становить 30 (тридцять) днів з дати закінчення оплаченого періоду страхування, за умови, що Страхувальник протягом такого пільгового періоду

*** На дату введення в дію цих Умов. Остаточний розмір страхового платежу розраховується шляхом множення страхового тарифу скоригованого на КА на страхову суму та зазначається в Полісі.

сплатив черговий страховий платіж. У разі сплати простроченого страхового платежу протягом пільгового періоду на вказаних в цьому пункті умовах період очікування страхового випадку (п.9.4. Поліса) не застосовується. У випадку сплати страхового платежу з 31 дня до 90 дня прострочення страхового платежу застосовується період очікування згідно з п. 9.4 Поліса.

9.2.4. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування (з урахуванням пільгового періоду для сплати страхового платежу згідно з п. 9.2.3. Умов), страховий захист за Договором в такому періоді страхування не діє, страхові виплати за подіями, що сталися в неоплачений період страхування з 31 дня до 90 дня прострочення страхового платежу, не здійснюються Страховиком. 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 простроченого страхового платежу на рахунок Страховика та діє до закінчення такого періоду страхування (кінцева дата кожного періоду страхування при цьому не змінюється).

9.2.5. 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 90 (дев'яноста) днів поспіль.

9.2.6. Якщо страховий платіж надійшов у періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування.

9.3. 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 згідно з п. 8.2., 8.3. Умов), якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити. Договір не може бути продовжений (лонгований) у випадках, передбачених пп. 9.3.1. – 9.3.3. Поліса.

9.3.1. Продовження (лонгація) строку дії Договору можлива за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору діє договір доручення із страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей 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.

9.3.2. У разі настання страхового випадку за Договором, строк дії Договору не продовжується (не лонгується) на наступний річний період, а діагностика та/або лікування, передбачені Програмою страхового продукту за Договором, оплачуються Страховиком протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, навіть якщо термін дії Договору, в якому настав страховий випадок, закінчився.

9.3.3. У разі досягнення Застрахованою особою віку 70 повних років Договір продовжує діяти на визначених Договором умовах до закінчення річного періоду страхування за Договором, а в подальшому не може бути продовжений (лонгований) на новий строк.

9.3.4. Страхувальник може заявити про намір припинити Договір у персональному кабінеті в Приват24 або у ІКС Страховика / Страхового агента в будь-який момент до кінцевої дати строку дії Договору, або направивши Страховику письмове повідомлення не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати закінчення строку дії Договору.

9.3.5. Страховик може заявити про намір припинити Договір шляхом відправлення повідомлення Страхувальнику у спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі через ІКС Страховика / Страхового агента, або шляхом публікації повідомлення на вебсайті Страховика не пізніше, ніж за 30 днів до дати завершення строку дії Договору.

9.3.6. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після закінчення строку дії Договору, повертаються Страховиком Страхувальнику на картковий рахунок у АТ КБ «ПРИВАТБАНК», з якого страхові платежі були сплачені, а у разі його закриття – на підставі письмової заяви Страхувальника.

9.4. Період очікування страхового випадку	90 (дев'яноста) днів від дати набрання чинності Договором страхування або дати відновлення страхового захисту
--	--

9.4.1. За Договором встановлюється **період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати набрання чинності Договором страхування (або дати відновлення страхового захисту згідно з п. 9.2.4.

Умов після сплати простроченого страхового платежу), протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Період очікування не застосовується у випадку сплати простроченого страхового платежу протягом пільгового періоду для сплати страхового платежу відповідно до п. 9.2.3. Умов.

9.4.2. Подія з ознаками страхового випадку, що настала в період очікування, не є страховим випадком та, відповідно, Страховик не має жодних зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за такою подією. Тобто, якщо протягом періоду очікування було діагностовано або зафіксовано в медичних документах перші симптоми настання захворювання та/або стану, що потребує лікування, а саме злоякісного новоутворення згідно з п. 6.1. Умов, в тому числі встановлено необхідність трансплантації кісткового мозку – такі події не будуть підставою для отримання будь-яких страхових виплат за Договором.

9.4.3. Період очікування не застосовується при продовженні (лонгації) строку дії Договору, а також при переоформленні Договору щодо Застрахованої особи за умови безперервного страхування (відсутності неоплаченого періоду страхування між датою завершення попереднього договору страхування та датою початку нового договору страхування).

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Територія надання послуг Застрахованій особі, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку – 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 (згідно з Таблицею 1 Додатку 1 до Умов).

11. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. У випадку встановлення попередньо діагнозу, визначеного п. 6.1. Умов, 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.

11.2. Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією щодо подальших дій Застрахованої особи.

11.3. 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 відповідно до п. 11.4. Умов. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Застрахованої особи/її законного представника.

11.4. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Застрахованій особі або її законному представнику необхідно надати наступні документи:

11.4.1. Заяву про страховий випадок та на здійснення страхової виплати за формою, встановленою Страховиком;

11.4.2. Засвідчену Застрахованою особою копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію та, якщо Застрахована особа через свої релігійні переконання відмовилась від прийняття реєстраційного номера платника податків, повідомила про це відповідний контролюючий орган і має відмітку в паспорті, то сторінку з відповідною відміткою) Застрахованої особи або, якщо Застрахована особа є малолітньою особою (малолітньою вважається дитина до досягнення нею чотирнадцяти років), засвідчену законним представником Застрахованої особи копію іншого документа, що посвідчує Застраховану особу;

11.4.3. Засвідчену копію ідентифікаційного номеру (РНОКПП) Застрахованої особи (не надається, якщо Застрахована особа є малолітньою або через свої релігійні переконання відмовилася від прийняття реєстраційного номера платника податків, повідомила про це відповідний контролюючий орган і має відмітку в паспорті);

11.4.4. Наявні документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, в тому числі, але не виключно з Електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ), а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі;

11.4.5. Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.

11.5. Факт заподіяння шкоди Застрахованій особі підтверджується належним чином:

11.5.1. Оригіналами та/або копіями таких документів, засвідченими в установленому законодавством України порядку та/або Страховиком з оригіналів відповідних документів (при засвідченні копій, працівник/представник Страховика ознайомлюється з оригіналом наданого документу, знімає з наданого оригіналу копію та засвідчує копію своїм підписом):

11.5.1.1. Виписка з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я;

11.5.1.1.1. Документи, визначені в п. 11.5.1.1 Умов, та/або інші документи медичного характеру, що використовуються в медичній практиці, які встановлюють причини, обставини, факт, наслідки настання страхового випадку та/або перелік, обсяг наданої допомоги / послуг, пов'язаних з настанням страхового випадку, повинні бути видані компетентними органами / установами та/або закладами охорони здоров'я, лікарями, іншими суб'єктами господарювання іноземної держави, що надавали таку допомогу / послуги, на офіційних бланках, що містять підпис уповноваженої особи та печатку (за наявності) відповідного органу / установи, закладу охорони здоров'я, суб'єкта господарювання та/або лікаря іноземної держави.

11.5.2. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 11.4.1 - 11.4.3 Умов, в тому числі в електронному вигляді.

11.6. 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. Застрахована особа / її законний представник 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, Застрахована особа/її законний представник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

11.7. Документ, цифрова копія якого надається Страховику, має відповідати наступним вимогам:

11.7.1. 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;

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

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

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

11.8. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за Договором не може перевищувати страхової суми / ліміту, вказаних в обраній Програмі страхового продукту протягом одного річного терміну дії страхового покриття за Договором, з урахуванням пп. 9.3.2.,

7.2 Умов.

11.9. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором та обраною Програмою страхового продукту, за направленням Страховика/Асистуючої компанії. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика/Асистуючої компанії. Вибір Медичного закладу за конкретною подією, що має ознаки страхового випадку, здійснюється Страховиком/Асистуючою компанією.

11.10. Перелік Медичних закладів для обслуговування Застрахованих осіб за Договором надається Асистуючою компанією відповідно до території надання послуг, передбаченої обраною Програмою страхового продукту Договору.

11.11. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою/її законним представником в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та Асистуючою компанією, не відшкодовуються Страховиком.

11.12. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою/її законним представником, якщо вони не були погоджені та не були організовані Страховиком/Асистуючою Компанією, не відшкодовуються Страховиком.

11.13. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається:

11.13.1. у разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком / Асистуючою компанією – договорами з Медичними закладами / Асистуючою компанією (у цьому випадку збір документів покладається на Страховика);

11.13.2. у разі здійснення фіксованої разової виплати за Програмою страхового продукту “Стандарт” у випадку, коли лікування дорослої Застрахованої особи (19-69 років) неможливо провести в Україні, Страховик приймає рішення за такою Програмою на підставі та після отримання розгорнутого аргументованого висновку Асистуючої компанії щодо наявності обставин, визначених п. 11.13.2.1. Умов.

11.13.2.1. Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов сукупно:

11.13.2.1.1. якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;

11.13.2.1.2. лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;

11.13.2.1.3. в разі якщо непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів) становитиме загрозу життю Застрахованої особи;

11.13.2.1.4. якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору страхування.

11.14. Форма, спосіб та порядок подання переліку документів, передбачених п.11.4. - 11.5. Умов:

11.14.1. Сторони узгодили, що заява Застрахованої особи про страховий випадок та на здійснення страхової виплати, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, які мають надаватися Сторонами на виконання умов Договору, можуть подаватися за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі та/або за контактними даними Застрахованої особи, вказаними в п.5 Поліса (або в заяві про страхову виплату);

11.14.2. Сторони узгодили, що копії документів / скановані / сфотографовані документи, подані за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі, та/або контактних даних Застрахованої особи, вказаних в п.5 Поліса, прирівнюються Сторонами до письмової форми з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та Договором; при цьому, Сторони та Застрахована особа, на користь якої укладено Договір, гарантують, що надані у такий спосіб документи є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа;

11.14.3. Застрахована особа/її законний представник зобов'язані протягом 5 (п'яти) років зберігати оригінали документів, поданих ним для отримання страхової виплати та на вимогу Страховика надати для ознайомлення та одляду оригінали документів протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання відповідного запиту від Страховика; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Застрахована особа/її законний представник зобов'язуються повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату;

11.14.4. Підписанням Договору Сторони (Застрахована особа – наданням згоди на укладення Договору щодо неї) підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору (пп.1, 3, 5 Поліса);

11.14.5. Кожна зі Сторін (Застрахована особа, на користь якої укладено Договір) самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною (Застрахованою особою) інформації про контактні дані та несвоечасного (пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну контактних даних;

11.15. При зверненні Застрахованої особи/її законного представника за телефоном **0 800 210 381** цілодобово, безкоштовно) Страховик консультує Застраховану особу/її законного представника щодо переліку документів, а також форми, способу та порядку їх подання.

11.16. Строк прийняття рішення Страховиком за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Умовами. Протягом вказаного строку Страховик:

11.16.1. 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 умовами Програми страхового продукту та Умов, та повідомляє Застрахованій особі/її законному представнику про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

11.16.1.1.Протягом цього терміну Асистуюча компанія надає Застрахованій особі/її законному представнику список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг, передбаченої обраною Програмою страхового продукту відповідно до Договору;

11.16.1.2.Після отримання підтвердження від Застрахованої особи/її законного представника щодо обраної нею лікарні, Асистуюча компанія здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи, в тому числі донора (для страхового покриття з трансплантації кісткового мозку) в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

11.16.2. 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;

11.16.3. 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.

11.17. Страховик здійснює страхову виплату:

11.17.1. 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 спеціалізованій 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;

11.17.2. 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;

11.17.3. 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.

11.18. Страхова виплата здійснюється:

11.18.1. 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 (в межах переліку послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми страхового продукту). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами / Асистуючою компанією;

11.18.2. У випадку здійснення фіксованої виплати відповідно до умов Програми страхового продукту "Стандарт" страхова виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати.

При цьому страхова виплата здійснюється Застрахованій особі/її законному представнику на один з його рахунків, відкритих в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», на будь-який інший, зазначений у Заяві про здійснення страхової виплати.

11.19. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця періоду страхування, за який сплачений страховий платіж, а страхова сума зменшується на виплачену суму. При цьому діагностика та/або лікування, передбачені Програмою страхового продукту за Договором, оплачуються Страховиком протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, навіть якщо термін дії Договору, в якому настав страховий випадок, закінчився. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія Договору страхування припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з рахунку Страховика.

11.20. Якщо Договором передбачено сплату страхового платежу щомісячно та при настанні події, що визнана Страховиком страховим випадком, Страхувальник з будь-яких причин не сплатить чергову(-и) частину(-и) страхового платежу, Страховик припиняє оплачувати вартість будь-яких витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг з дати початку періоду, за який Страхувальник не оплатив чергову частину страхового платежу (крім тих, що були прогарантовані Страховиком на дату виникнення прострочення оплати страхової премії).

11.20.1. Якщо страхова виплата здійснюється згідно з п. 11.17.3 Умов, то із суми страхової виплати Страховик має право утримати суму страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору страхування, зазначеного у Полісі.

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

12. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПІДСТАВИ (ПРИЧИНИ) ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

12.1.1. 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.

12.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку.

12.1.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку (в тому числі, але не виключно, у Декларації).

12.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою 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); створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

12.1.5. Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Умовами; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цих Умов.

12.1.6. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін.

12.1.7. 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;

12.1.8. 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 на підставі п. 12.1.4. Умов.

12.1.9. Невиконання Страхувальником / Застрахованою особою обов'язку, зазначеного в п. 13.3.14., п. 13.6.1.2. Умов;

12.1.10. Випадок не є страховим або є винятком зі страхових випадків відповідно до умов Договору.

12.1.11. Наявність інших підстав, встановлених законодавством.

12.2. Не є страховим випадком та зі страхового покриття виключаються:

12.2.1. захворювання та/або медичні стани, та, відповідно, витрати пов'язані з їх лікуванням, що не визначені в п. 6 Умов, не покриваються згідно з цими Умовами та обраною Програмою страхового продукту;

12.2.2. 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;

12.2.3. 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;

12.2.4. необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту;

12.2.5. психохірургія;

12.2.6. лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;

12.2.7. лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;

12.2.8. будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами обраної Програми страхового продукту;

12.2.9. медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бариатричні 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 в рамках обраної Програми страхового продукту та відповідно до умов Договору;

12.2.10. послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);

12.2.11. послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку;

12.2.12. якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи;

12.2.13. якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку).

- 12.2.14. якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки;
- 12.2.15. якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку;
- 12.2.16. будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років;
- 12.2.17. настання події, що має ознаки страхового випадку, до укладання Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгових умов згідно з п. 9.2.3. Умов) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору.
- 12.3. Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги:
- 12.3.1. з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраною Програмою страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування;
- 12.3.2. 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 обраною Програмою страхового продукту за Договором;
- 12.3.3. 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;
- 12.3.4. 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);
- 12.3.5. подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
- 12.3.6. 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;
- 12.3.7. подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;
- 12.3.8. послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту;
- 12.3.9. 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;
- 12.3.10. отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені умовами Договору та/або обраної Програми страхового продукту або вибір яких не був узгоджений із Страховиком;
- 12.3.11. діагностики та/або лікування, які надаються Застрахованій особі після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим.
- 12.4. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття:
- 12.4.1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;
- 12.4.2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
- 12.4.3. Захворювання шкіри наступних типів:
- Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
 - Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
- 12.4.4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ);

12.4.5. 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;

12.4.6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).

12.5. Не може бути Застрахованою особою, яка:

12.5.1. визнана у встановленому законодавством України порядку недієздатною;

12.5.2. молодше 1 року на дату укладання Договору страхування;

12.5.3. віком 70 років і більше на дату укладення Договору страхування або продовження дії Договору на наступний рік, з урахуванням п.9.3.3. Умов;

12.5.4. наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням;

12.5.5. вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) в тиждень;

12.5.6. викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину;

12.5.7. піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах);

12.5.8. страждає в даний час / страждала та/або було діагностовано протягом останніх 10 років:

12.5.8.1. 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 in situ, раком крові/лейкемію;

12.5.8.2. 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 *Helicobacter pylori*, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія);

12.5.9. 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;

12.5.10. страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона;

12.5.11. піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку;

12.5.12. хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);

12.5.13. перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;

12.5.14. є онкологічно хворою;

12.5.15. має будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичні онкологічні висновки (аномальний тест PAP або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування);

12.5.16. на дату укладання договору проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з захворювань або станів, вказаних в п. 12.5.4 – 12.5.15 Умов, або очікує результати діагностики.

12.6. Договір страхування не може бути укладений з:

12.6.1. юридичною особою;

12.6.2. фізичною особою, що не є власником рахунку, відкритого в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», або має обмеження на обслуговування в АТ КБ «ПРИВАТБАНК».

12.7. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник / Застрахована

особа не повідомили Страховика про наявність на дату укладення Договору обставин, зазначених в п. 12.5 Умов, або повідомив про Застраховану особу завідомо неправдиві відомості, а також у випадку виявлення невідповідності особистих даних та даних Застрахованої особи, зазначених в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, реальним даним, незалежно від того, здійснено це навмисно або з необережності, або не знаючи про це, Договір страхування вважається таким, що **достроково припинив свою дію з моменту виявлення таких обставин** на підставі п. 16.2.4.2. Умов. У Страховика не виникає будь-яких зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за будь-якими подіями з ознаками страхового випадку, що можуть бути заявлені Страхувальником /Застрахованою особою / її законним представником.

У разі виникнення стосовно Застрахованої особи під час дії Договору страхування обставин, за яких така особа не може бути Застрахованою особою відповідно до п. 12.5. Умов (крім обставин, зазначених в п. 12.5.8, 12.5.14, 12.5.15, Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно 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.

12.8. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п. 11.16. Умов. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п. 11.16. Умов, 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.

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

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

13.1. Страховик зобов'язаний:

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

13.1.2. 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.

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

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

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

13.1.6. 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.

13.2. Страховик має право:

13.2.1. 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.

13.2.2. 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.

13.2.3. Направити Застраховану особу на медичний огляд / діагностику / дослідження до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду).

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

13.2.5. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Розділом 12 Умов.

13.2.6. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, зазначених у Розділі 12 Умов.

13.2.7. 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.

13.2.8. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 3 (три) місяців.

13.2.9. Відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення. Прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті відкладається до дня, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням у такій справі.

13.2.10. Ініціювати внесення змін в умови Договору, що викладені в індивідуальній частині цього Договору, достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором.

13.2.11. Доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору страхування.

13.2.12. Запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

13.2.13. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі 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 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.

13.2.14. 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. 16.2.4. Умов, при цьому після припинення такого Договору новий Договір на умовах страхового продукту "ОНКОЗАХИСТ" з таким Страхувальником не може бути укладений.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

13.3.1. 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.

13.3.2. 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 (п. 15.2. Умов), і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до п. 12.5. Умов, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

13.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкта страхування за Договором страхування.

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

13.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором страхування.

13.3.6. 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.

13.3.7. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Умов.

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

13.3.9. 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.

13.3.10. 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).

13.3.11. У випадку, передбаченому п. 8.2., 8.3. Умов, Страхувальник повинен самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення нового договору страхування відповідно до п. 8.3. Умовна WEB-сторінці Страхового агента за адресою <https://www.pb.ua> або у персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/> або в ІКС.

13.3.12. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг;

13.3.13. 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;

13.3.14. 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;

13.3.15. Пропити обстеження (діагностику) у строки та у лікаря, призначеного Страховиком/представником Страховика;

13.3.16. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування, укладеного на її користь.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. Ініціювати внесення змін в умови Договору, що викладені в індивідуальній частині цього договору, достроково припинити дію Договору страхування.

13.4.2. Укласти зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

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

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

13.4.5. Одержати від Страховика будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

13.4.6. Відмовитись від укладеного Договору у випадках, передбачених чинним законодавством України та цими Умовами.

13.5. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідують з умов Договору.

13.6. 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.

13.6.1. Також **Застрахована особа зобов'язана** (якщо Застрахована особа не є Страхувальником або неповнолітньою / малолітньою дитиною або підопічною особою Страховальника):

13.6.1.1. **Повідомити Страховика протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору, якщо виявиться, що твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я.**

За наявності обставин, що унеможливають укладення Договору (твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я), **Договір страхування вважається таким, що не набув чинності, та у Страховика не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.** За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі;

13.6.1.2. Надати 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.

13.7. 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).

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

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

13.8.2. 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).

13.8.3. 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 громадських 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.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

14.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

14.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше п'ятнадцяти днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати сорока п'яти днів.

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном **0 800 500 381** (цілодобово) чи письмовим на електронну пошту: office@universalna.com або засобами поштового зв'язку на адресу **01133, м. Київ, бульв. Лесі Українки, 9**. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом неієздатними.

14.3. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240); а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

15. ТЕХНОЛОГІЯ, ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І ПІДПИСАННЯ ДОГОВОРУ. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ДОКУМЕНТООБІГУ МІЖ СТОРОНАМИ

15.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою інформаційно-комунікаційної системи (далі - ІКС) Страховика або Страхового агента шляхом приєднання та складається з публічної частини договору (Умов) та індивідуальної частини договору (Поліса), підписанням якого клієнт (Страхувальник) приєднується до Договору в цілому.

15.2. Для укладення Договору страхування Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІКС, 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:

А) відомості про об'єкт страхування:

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

Олександрівна
ЕДРПОУ/ІПН
20113829
Підписано у вчасно

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

- повідомити чи Застрахована особа:

- є особою, яка визнана в порядку, встановленому законодавством України, неієздатною;
- не наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням;
- не вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥ 40 градусів) в тиждень;
- не викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину;
- не піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах);
- не страждає в даний час / не страждала та/або не 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 злоякісними новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланомою *in situ*, 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 *Helicobacter pylori*, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія);
- не 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 и 68), вірус Епштейна-Барра;
- не страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона;
- не піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку;
- не хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);
- не перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірновенерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;
- не є онкологічно хворою;

- наявність будь-яких результатів онкологічних або інших аналізів або медичних онкологічних висновків (аномальний тест PAP або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування) Застрахованої особи.

Відсутність зазначених обставин та хвороб підтверджується Страхувальником шляхом підписання Поліса та Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, що є частиною Поліса.

За наявності зазначених обставин та хвороб у особи Договір страхування не може бути укладений щодо такої особи.

В) інформацію про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

Перед укладенням Договору страхування Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Умовами, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента та підтверджує надання згоди Застрахованою особою на обробку її персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування (Поліс).

15.2.1. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із

наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та відповідно до цих Умов, що розміщені на офіційному сайті Страховика <https://universalna.com/insurance-products/cancer-protection/> та Страхового агента, а також в ІКС (тощо) Страховика та Страхового агента (Умови є загальними для споживачів).

15.3. Безумовним прийняттям пропозиції Страховика укласти Договір страхування на цих Умовах вважається здійснення Страхувальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Поліса (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОТР-пароль, Одноразовий ідентифікатор, Цифровий власноручний підпис, QR-код, ПІН-код, підпис в IVR, біометричні дані Клієнта (голосовий зліпок, відбиток пальця, Face ID), кнопки “Підпис”, “Підписав”, “Підтверджую”, “Ознайомився”, “Сплатити”, “Оплатити” тощо в ІКС Страхового агента (програмних комплексах, мобільних додатках або на офіційних сайтах у мережі Інтернет)) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» та згідно з договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страхувальником та Страховим агентом, який діє від імені Страховика.

15.3.1. Прийняттям пропозиції Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування, приєднується до цих Умов. Отримання Страховиком або Страховим агентом підписаного Страхувальником Поліса (індивідуальної частини Договору) засвідчує прийняття Страхувальником всіх положень цих Умов. При укладенні та виконанні Договору страхування Страховик / Страховий агент, уповноважені особи Страховика / Страхового агента використовують засоби підпису/засвідчення відповідно до чинного законодавства та з урахуванням особливостей, визначених НБУ.

15.3.2. Факт перерахування коштів страхового платежу на рахунок Страховика підтверджується електронним документом (квитанцією) оператора платіжної системи, яка використана Страхувальником або Страховим агентом для оплати страхового платежу, із зазначенням дати здійснення розрахунку.

Клієнт 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.

Договір страхування набирає чинності в порядку, передбаченому Розділом 9 Умов та зазначається в п. 9 Поліса. Після набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

Заповнення Клієнтом форм, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору, в тому числі в ІКС Страховика / Страхового агента, не зобов'язує його укласти Договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника та Страховика (або Страхового агента від імені Страховика).

15.4. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина Договору), що містить Декларацію про стан здоров'я застрахованої особи, та Умови (публічна частина Договору). Додатком та невід'ємною частиною Умов є Додаток № 1 до Умов “Програми страхового продукту”.

15.5. Страхувальник, приєднуючись до цих Умов, підтверджує та визнає, що до укладення Договору на виконання вимог Закону України “Про фінансові послуги та фінансові компанії” (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені зазначеним Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://universalna.com/contracts-and-offers/privatbank/> та/або Страхового агента <https://privatbank.ua/strahovaniye>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Страхувальник, приєднуючись до Умов, підтверджує погодження отримання Поліса, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті Страхувальника в системі Internet Banking Приват24, в т.ч. в мобільній версії, Mobile Banking.

15.6. 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 Поліса Клієнту.

15.7. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та іншим нормативним актам.

15.8. Факт укладення Договору страхування посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору страхування (заповнення форми, надання відомостей в ІКС Страховика / Страхового агента). Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страхового агента шляхом розміщення Поліса для завантаження в Приват24 (доступний для завантаження у персональному кабінеті в Приват24). Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІКС, відправлення Поліса та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Страховим агентом) в електронній базі Страховика (Страхового агента).

15.9. Сторони домовилися, що розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24 або відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса / повідомлення Страхувальнику про укладення Договору страхування. 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.

15.10. Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним Договором страхування за перший період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Поліса від Страховика або Страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації Страхового агента (у тому числі розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в ІКС Страхового агента Приват24).

15.11. Повний текст публічної частини Договору (Умов) оприлюднюються Страховиком та є доступними для ознайомлення клієнтів (Страхувальників) на вебсайті Страховика за посиланням <https://universalna.com/insurance-products/cancer-protection/>, включаючи його мобільну версію. Усі редакції публічної частини Договору (Умов) зберігаються на вебсайті Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених чинним законодавством України. Публічна частина Договору (Умов) надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://universalna.com/insurance-products/cancer-protection/>.

15.12. Поліс (індивідуальна частина Договору) містить всі істотні умови, передбачені чинним законодавством, у тому числі шляхом посилання на відповідні положення, викладені в Умовах.

15.13. Договір (його індивідуальна частина – Поліс) підписується:

- електронним підписом Страхувальника з урахуванням вимог законодавства України та цих Умов;
- кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

15.14. Час (момент) укладення Договору визначається кваліфікованою позначкою часу накладеного КЕП уповноваженим представником Страховика (Страхового агента), який є невід'ємним реквізитом укладеного Договору.

15.15. Надання Страхувальнику примірника Поліса, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються Страховиком (Страховим агентом) за контактними даними Страхувальника, зазначеними в п.3 Поліса, або шляхом розміщення примірника поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24.

Підписання Страхувальником Поліса та вчинення дій на виконання Договору, в тому числі сплата страхового платежу за Договором підтверджують отримання Страхувальником примірника підписаного Договору страхування.

15.16. Якщо Застрахована особа не є Страхувальником або неповнолітньою / малолітньою дитиною або підопічною особою Страхувальника, така Застрахована особа повідомляє Страховика протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору, якщо виявиться, що твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я.

16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

16.1. Внесення змін до умов Договору страхування:

16.1.1. Зміни до цих Умов вносяться Страховиком в односторонньому порядку шляхом викладення їх у новій редакції. Із введенням в дію нової редакції загальних умов страхового продукту ці Умови припиняють дію та нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції загальних умов страхового продукту. Договір, укладений за цими Умовами, продовжує діяти на умовах, визначених цими Умовами, до закінчення строку його дії (уключаючи лонгацію строку дії Договору на цих Умовах), крім випадків внесення змін до договору страхування за згодою Сторін.

16.1.2. Всі зміни до Договору страхування за згодою Сторін вносяться виключно в індивідуальну частину Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору. Зміни до Договору вносяться та надаються Страхувальнику у тій же самій формі та порядку, що і Договір, до якого вносяться зміни.

16.1.3. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані із застосуванням електронної пошти та/або у персональному кабінеті Страхувальника в системі Internet Banking Приват24, в тому числі і мобільній версії Mobile Banking.

16.2. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі::

- закінчення строку дії Договору;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами) з урахуванням п. 9.2.5 Умов;
- ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України "Про страхування");
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
- в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

16.2.1. Дія договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

16.2.2. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

16.2.3. Дострокове припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

16.2.3.1. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника** Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

16.2.3.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю;

Якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному цим Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин.

16.2.4. Дострокове припинення дії Договору за вимогою Страховика:

16.2.4.1. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика** Страхувальнику повертається повністю сплачений ним страховий платіж.

16.2.4.2. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

16.2.5. Розмір (частка) витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, визначається Страховиком при укладенні такого Договору за згодою Страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається в п. 12.6 Поліса. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування зазначена в п. 17.4 Умов.

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі.

16.4. Повернення сплаченого страхового платежу або його частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений Сторонами в додатковій угоді до Договору.

16.5. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишилися 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.

16.6. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, крім:

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

16.6.1. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

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

16.6.3. У разі відмови Страхувальником від Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

16.6.4. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

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

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

- 16.8.1. Його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 16.8.2. Відсутній об'єкт страхування;
- 16.8.3. Страховиком доведено, що Договір укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
- 16.8.4. У Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

16.9. Договір визнається недійсним у судовому порядку.

17. ІНШІ УМОВИ

17.1. Договір укладається відповідно до Загальних умов страхового продукту "ОНКОЗАХИСТ" (редакція 03), затверджених Наказом Голови Правління № 107 від 24.10.2025, дата початку дії 05.11.2025, повний текст яких розміщений на вебсторінці Страховика за посиланням

https://universalna.com/documents/offers/R3-cancer_protection.pdf. Підписуючи Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані особи ознайомлені з мовами.

У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуватимуться положеннями чинного законодавства України.

17.2. Страхування здійснюється за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування 2 “Медичне страхування”.

Актуальність відомостей щодо ліцензії ПРАТ “СК “Універсальна” та дані про внесення до Державного реєстру фінансових установ можуть бути перевірені за ідентифікаційним номером Страховика на сайті державного органу, який здійснює регулювання страхового ринку - Національного банку України за посиланням: <https://kis.bank.gov.ua/>, де розміщена інформація про небанківські фінансові установи.

17.3. **Терміни в Договорі вживаються в таких значеннях:**

Атиповий - відхилення від нормальної форми або типу, нетиповий, неправильний, незвичайний;

Атиповий ріст - утворення неправильних тканинних структур клітинами, які втратили специфічні ознаки диференційованих тканин;

Гістологічне дослідження - це мікроскопічний морфологічний аналіз тканин, які були отримані в результаті біопсії або в ході хірургічної операції. Гістологічний аналіз відрізняється від цитологічного тим, що досліджується будова тканини, а не клітин;

Цитологічне дослідження - дослідження, яке ґрунтується на вивченні за допомогою мікроскопа особливостей будови клітин, клітинного складу органів, рідин організму в нормі і при патологічних станах;

Діагностика – це комплекс заходів, здійснений вузькопрофільними спеціалістами в спеціалізованих медичних закладах та спрямований на виявлення та ідентифікацію патологічних змін окремих органів за допомогою різних методів дослідження: клінічних, інструментальних (рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукових, методів реєстрації електричної активності органів (зокрема ЕКГ та ЕЕГ), МРТ, КТ тощо), лабораторних (в тому числі, але не обмежуючись, гістологічних та/або цитологічних досліджень) тощо;

Клієнт - особа, яка звернулася за отриманням або користується страховою чи перестраховою послугою;

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

Захворювання – будь-які зміни в стані здоров'я людини, не пов'язані з нещасними випадками, діагноз і підтвердження яких виконані лікарем, офіційно зареєстрованим в даному виді діяльності.

Захворювання включатиме в себе всі пошкодження або наслідки, що виникли на тлі одного діагнозу, а також всі види нездужань, пов'язаних з однією причиною або групою взаємопов'язаних причин. Якщо нездужання виникло внаслідок тієї ж причини, яка викликала попереднє захворювання, або внаслідок спорідненої причини, дане захворювання буде вважатися продовженням попереднього захворювання, а не окремим захворюванням.

Попередні стани - будь-які захворювання, які були діагностовані, щодо яких було проведено лікування, або які проявилися разом з пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами, підтвердженими записами лікарів, лабораторними та інструментальними дослідженнями протягом 10 років до дати початку дії Договору.

Травма - пошкодження, завдане тілу Застрахованої особи.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування. До нещасних випадків за Договором відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Лікар-фахівець – фахівець з закінченою вищою медичною освітою, практикуючий лікар відповідно до встановлених медичних стандартів і вимог чинного законодавства, який здійснює практику в профільному медичному закладі, має відповідну кваліфікацію в галузі медицини, та відповідно до якої має право винести висновок про стан здоров'я Застрахованої особи.

Хірург – фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у країні проведення лікування в якості "фахівця з хірургії".

Хірургічне втручання (операція) – інвазивна хірургічна процедура – проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. В тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного променя, для діагностики і лікування, а також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

Рак «in situ» - неінвазивний рак, злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини.

Медико-технологічні документи та/або протоколи лікування (далі - протоколи лікування) - узагальнена назва клінічних настанов, стандартів медичної та реабілітаційної допомоги, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, протоколів надання реабілітаційної допомоги, нових клінічних протоколів медичної та/або реабілітаційної допомоги та інших документів МОЗ, а у разі проведення лікування Застрахованої особи за кордоном у випадках, передбачених Договором – клінічні протоколи/стандарти лікування, затверджені та/або рекомендовані до використання уповноваженим органом на території країни проведення такого лікування.

Медичний заклад – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком або Асистуючою компанією, визначений згідно з Договором. До Медичних закладів належать заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, на законних підставах уповноважений на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащений медичним обладнанням, необхідним для діагностики та оперативних втручань та укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

Асистуюча компанія – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) у разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Дані послуги за Договором надає міжнародна компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd., зареєстрований офіс якої розташований за адресою: Ізраїль, Тель-Авів 67060, вул. Хашлоша д.2, номер компанії 515078145, яка здійснює всі заходи з організації медичних послуг Застрахованим особам передбачених Програмою страхового продукту.

Програма страхового продукту (Програма) – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхового платежу або страхового тарифу, видом та розміром франшизи. Перелік видів Програм страхового продукту за Договором наведено в Додатку 1 до Умов. Обрана Страхувальником при укладенні Договору Програма страхового продукту для конкретної Застрахованої особи вказується в п.7.1. Поліса.

Лікарські засоби – будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта. Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату.

Супроводжуюча особа – особа, яка супроводжує Застраховану особу за межами території України у випадках, передбачених Програмою страхового продукту, до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованої особи в країні проведення лікування. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг Застрахованої особи.

Репатріація – повернення тіла Застрахованої особи до країни проживання, у випадку, якщо Застрахована особа помирає протягом курсу лікування. Репатріація здійснюється Асистуючою компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування та на умовах, визначених Програмою страхового продукту.

Експериментальні методи лікування – лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань.

Імплантат – будь-який штучний або природний орган або частина природного органу або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого в тіло Застрахованої особи за допомогою операції, яку охоплює Договір Страхування, за винятком: вставного зубу, зубного імплантату.

Альтернативна медицина - системи, практики і продукти медицини і охорони здоров'я, які в даний час не визнаються як частина загальноприйнятої медицини або стандартних схем лікування. До них відносяться, зокрема акупунктура, аромотерапія, хіропрактика, гомеопатія, натуропатія та остеопатія.

Церебральний синдром - наявність церебрального порушення або пошкодження головного мозку, яке призвело до часткового або повного порушення функцій мозку.

Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи – заява-анкета Страхувальника / Застрахованого про стан здоров'я Застрахованого щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такого Застрахованого. Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи подається обов'язково при укладенні Договору страхування та є невід'ємною частиною Договору страхування (Поліса).

Країни призначення – країни, де Застрахована особа, відповідно до Договору Страхування, має право на отримання медичної допомоги.

Неповнолітня особа – це Застрахована особа, яка не досягла 18 (вісімнадцяти) років.

Резидент – фізична особа, яка перебуває в Україні понад 183 днів протягом року та може бути застрахована за даним Договором страхування.

Терористичні акти - дії, до яких, зокрема, відноситься застосування сили або насильства та/ або погроз такого застосування, що здійснюються особою або групою (-ами) осіб самостійно, від імені або у взаємозв'язку з будь-якою організацією (-ями) або урядом (ми), які здійснюються в політичних, релігійних, ідеологічних або аналогічних цілях, в т. ч. з наміром вплинути на будь-який уряд та/ або викликати у громадськості або будь-якої частини громадськості страх; або використання будь-яких біологічних, хімічних, радіоактивного або ядерних речовин, матеріалів, пристроїв або зброї.

Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту - це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

Послуга «Медичний консьерж-сервіс» - послуга, що включає всі заходи по організації лікування Застрахованої особи в зв'язку з підтвердженим страховим випадком. Послуга передбачає загальний контроль ведення справ, а також допомогу в організації проїзду і проживання для Застрахованої особи і особи, що її супроводжує, якщо інше не передбачено програмою страхування.

17.3.1. Інші терміни, що вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

17.4. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, становить 40 % страхового тарифу.

17.5. Застереження щодо захисту персональних даних:

17.5.1. Страхувальник, підписуючи Договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

17.5.2. Укладаючи Договір страхування, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику та Асистуючій компанії згоду на отримання Страховиком від третіх осіб (медичних та інших закладів, лікарів приватної практики, свідків настання випадку тощо), які надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі, своїх персональних, медичних та інших даних, які становлять лікарську таємницю, медичну інформацію про стан свого здоров'я, лікування, встановлені діагнози, а також обставини настання випадку тощо).

17.5.3. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням Договору Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду Страховику (Страховому агенту, якщо такий агент укладає Договір від імені Страховика) та Асистуючій компанії:

- на обробку їх персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання Договору), та/або пропонування Застрахованій особі / Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним із використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
- на прийняття рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованої особи (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;
- на обробку персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застраховану особу / Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
- на зберігання їх персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
- на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України;
- на надання Страховиком доступу Асистуючій компанії та Медичним закладам до персональних даних Застрахованих осіб та передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;
- на передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих осіб.

17.5.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами Договору, та Надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до п.17.6. Умов. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

17.5.5. Страховальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих осіб (їх законних представників) на укладення Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням Договору Страховальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страховальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страховальнику.

17.5.6. Страховальник /Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл Асистуючій компанії та Медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за цим Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

17.6. Застереження щодо запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення: належна перевірка клієнта-фізичної особи здійснюється Страховим агентом згідно з вимогами пункту 4 статті 11 Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та додатку 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу. Інформацію та необхідні документи щодо належної перевірки Страховик може отримати від Страхового агента відповідно до укладеного договору на право використання інструменту покладання. Ідентифікація Страховальника здійснена Страховим агентом перед встановленням ним ділових відносин. Верифікація Страховальника здійснена при зверненні до Страхового агента із застосуванням ІКС Страхового агента.

17.7. Валютне застереження: валютою Договору є грошова одиниця України (гривня).

17.7.1. У випадку проведення лікування за межами України, порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

18. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Ці Умови дійсні з **05.11.2025** та діють до оприлюднення на сайті Страховика інформації про їх відкликання або оприлюднення нової редакції.

18.2. Незмінність Умов забезпечується шляхом накладення КЕП уповноваженої особи Страховика.



ПРОГРАМИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

Таблиця 1

Назва Програми страхового продукту	“Еліт”	“Стандарт”
Страхова сума	Згідно з п.7 Умов	Згідно з п.7 Умов
Франшиза	Не застосовується	Не застосовується
Територія надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку	Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані)	Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані)
Лікування за межами території України: якщо лікування неможливо провести в Україні*, то воно повинно бути здійснене за кордоном за вибором/рішенням Страховика (в Ізраїлі, Іспанії, Південній Кореї, Туреччині або Польщі), у разі, якщо лікування недоступне у вищезазначених країнах та існує небезпека для життя Застрахованої особи, то таке лікування може проводитися в будь-якій країні Європи за вибором Страховика, крім Швейцарії .	Так	Тільки для дітей (1-18 років)
Фіксована разова виплата у випадку, коли лікування Застрахованої особи віком 19-69 років неможливо провести в Україні**	Ні	200 000 грн
Покриття витрат на лікування раку (злоякісного новоутворення) – <i>згідно з п.1 Таблиці 2</i>	Так	Так
Покриття витрат на трансплантацію кісткового мозку - <i>згідно з п.2 Таблиці 2</i>	Тільки для дітей (1-18 років)	Тільки для дітей (1-18 років)
Покриття витрат на репатріацію - <i>згідно з п.3 Таблиці 2</i>	Так	Тільки для дітей (1-18 років)

Покриття додаткових витрат при лікуванні за кордоном - згідно з п.4 Таблиці 2	Так	Тільки для дітей (1-18 років)
---	-----	-------------------------------

**** Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов сукупно:**

- якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;
- лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;
- в разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів), це становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
- якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору страхування.



**ОПИС ПОСЛУГ,
ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОПЛАТІ СТРАХОВИКОМ,
якщо це передбачено обраною Програмою страхового продукту
(згідно з Таблицею 1 Додатку №1 до Умов)**

Страховик сплачує наступні витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг при настанні Страхового випадку:

1. Лікування раку (злоякісного новоутворення)

1.1. Витрати на лікування, що проводиться Застрахованій особі з приводу діагностованого захворювання, яке визнано страховим випадком, а саме:

- медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та стаціонарних умовах. Страховик оплачує вартість перебування Застрахованою особою в стаціонарних умовах терміном не більше 10 (десяти) календарних днів, а у випадку здійснення хірургічного втручання термін може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів;
- огляд лікарів, в тому числі лікарів-фахівців;
- діагностичні медичні втручання/послуги, що виконуються медичними організаціями, в тому числі лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика;
- лікувальні медичні послуги в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за погодженням зі Страховиком;
- трансплантація, що проводиться ліцензованим медичним закладом за погодженням зі Страховиком у випадках, передбачених Договором та обраною Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1);
- імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантів на суму, що не перевищує **600 000 (шістсот тисяч) гривень** на один страховий випадок;
- лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні.
- Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури, під час та після проведення лікування в межах загальної страхової суми, передбаченої Програмою страхового продукту. При цьому, покриттям передбачено придбання лише ліків, затверджених FDA и EMA. Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання його Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцяти) робочих днів.

2. Трансплантація кісткового мозку

2.1. Для лікування лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкемії (злоякісного захворювання клітин крові), яке було діагностовано у Застрахованій особі віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно), протягом строку чинності Договору страхування, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, може бути застосовано трансплантацію кісткового мозку за дотримання таких сукупних умов:

- два лікаря-спеціаліста у відповідній галузі медицини підтвердять потребу трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;
- трансплантація проводиться у визнаній лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проведено трансплантація кісткового мозку;
- трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікуванням з метою дослідження або розслідування;
- трансплантація проводиться відповідно до прийнятих етичних стандартів тієї країни, де проводиться трансплантація;
- наявність кісткового мозку, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі.

2.2. При цьому Страховик сплачує витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг:

- трансплантація, яка проводиться через Постачальника послуг у визнаному у цій галузі лікувальному закладі, відповідно до лімітів, зазначених нижче, до тих пір, поки трансплантація здійснюється у лікарні, яка погоджена зі Страховиком або
- трансплантація, яка здійснюється не через Постачальника послуг, але в медичному закладі, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком, Страховик несе відповідальність в межах лімітів встановлених нижче;
- витрати на діагностику, медичне лікування та госпіталізацію у погодженій Страховиком лікарні, де здійснювалась трансплантація або лікування;
- оплата праці лікаря-хірурга та витрати на операційну, понесені у разі/під час трансплантації або лікування відповідно до Програми страхового продукту;
- оплата вартості госпіталізації в лікарні: до 30 днів до пересадки або лікування та до 90 днів після їх проведення, у тому числі медичних оглядів, лабораторних аналізів, лабораторних тестів і лікарських засобів протягом усього періоду госпіталізації.

2.3. Страховик оплачує супутні витрати на лікування в межах, встановлених нижче:

2.3.1. Пошук відповідного донора для трансплантації, збереження клітин кісткового мозку та транспортування до місця трансплантації – в межах ліміту **1 000 000,00 (один мільйон) грн:**

- хірургічне втручання та медичні послуги з отримання клітин кісткового мозку донора, призначені для трансплантації Застрахованій особі включаючи розміщення в лікарні, палаті чи відділенні лікарні, харчування;
- лабораторні дослідження, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі отримання клітин кісткового мозку донора);
- витрати на проїзд та повернення живого донора до місця трансплантації обмежені вартістю квитка економ-класу в обидві сторони виключно з метою передачі клітин кісткового мозку донора Застрахованій особі;
- витрати на проїзд і повернення живого донора від передбачуваного готелю до лікарні або до лікуючого лікаря;
- витрати на проживання живого донора під час перебування за кордоном виключно з метою передачі клітин кісткового мозку Застрахованій особі в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера, Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря.

2.3.2. Витрати на проїзд та повернення до місця трансплантації – до максимальної вартості зворотного авіаквитка в економ-класі для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб, в межах ліміту **200 000 (двісті тисяч) грн.**

2.3.3. Витрати на спеціальне медичне повітряне транспортування та розумні витрати на наземний транспорт від аеропорту до лікарні, якщо Застрахована особа, на думку лікаря Страховика, за медичними показаннями непридатна для польоту регулярним комерційним рейсом, в межах ліміту **1 000 000 (один мільйон) грн.**

2.3.4. Витрати на проживання в готелі 3-4 зірки з єдиною метою – трансплантація клітин кісткового мозку Застрахованій особі – необхідні для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб в межах ліміту **2 200 000 (два мільйони двісті тисяч) грн.**

2.3.5. Вибір готелю здійснюється з урахуванням наявності та близькості до Медичного закладу або лікуючого лікаря.

3. Витрати на репатріацію

3.1. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи, в разі її смерті під час лікування за межами України, що включають вартість транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи, в межах ліміту – **200 000 (двісті тисяч) гривень.**

4. Додаткові витрати при лікуванні за кордоном

4.1. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1), – квиток економ-класу в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, до місця проведення діагностики, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, в місці, де буде проведено діагностику та/або лікування.

4.2. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1) – проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує, в місці проведення діагностики. Вибір готелю проводиться Страховиком з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Строк проживання в країні лікування обмежується 10 (десятьма) календарними днями, цей період може бути продовжений на 8 (вісім) календарних днів у разі здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі.

4.3. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1), – допомога в отриманні візи з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.

4.4. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1) – послуги усного та письмового перекладу, що надаються Застрахованій особі у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України.



Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)

R3-cancer_protection.pdf

Номер документу: R3-cancer_protection

Документ відправлено: 16:06 03.11.2025

Відправник документу

Електронний підпис

16:06 03.11.2025

ЄДРПОУ/ІПН: 20113829

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

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

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 16:06 03.11.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 2DBD5940D955E12A0400000040DF000073711200

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований