



**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»
(редакція 03)**

Загальні умови страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» (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 «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» (далі – Договір або Договір страхування).

Договір страхування складається з публічної частини Договору, якою є ці Умови, та індивідуальної частини Договору, якою є Поліс страхування здоров'я на випадок хвороби за стандартним страховим продуктом «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» (далі - Поліс).

Ці Умови є пропозицією Страховика укласти договір страхування за стандартним страховим продуктом «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» шляхом приєднання на індивідуально визначених умовах, встановлених Полісом, що адресується невизначеному колу фізичних, 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 «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» 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 року, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ № 16;

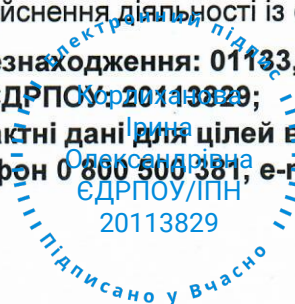
23.04.2024 внесено запис до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування).

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

код ЄДРПОУ: 20113829;

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

телефон 0 800 500 381, e-mail office@universalna.com; веб-сайт <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, Страховий агент підлягає внесенню до Реєстру НБУ з 01.01.2025, після чого відомості про внесення до вказаного Реєстру зазначаються на вебсайті Страхового агента.

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

код ЄДРПОУ 14360570;

контактні дані: 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, Страховику на умовах, визначених Договором.

4.2. Об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якого зазначена у п. 5 Поліса, та з якими 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. Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа, зазначена в п.5. Поліса, а у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець згідно з чинним законодавством.

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

5.1. Застрахованою особою є особа, яка зазначена в п. 5 Поліса і про страхування якої укладено договір страхування, віком на дату укладення Договору від 1 (одного) року до 70 (сімдесяти) років (не включно), за винятком обмежень, вказаних в п.12.4. Умов. У випадку, коли Страховальник уклав Договір, об'єктом якого є його життя та/або здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страховими ризиками за Договором є виникнення у Застрахованої особи хвороби, що

передбачена Додатком № 1 до Умов “Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними” (далі - Таблиця виплат).

6.2. Страховим випадком є настання страхового ризику, передбаченого п. 6.1 Умов, протягом строку дії страхового покриття та Договору, що підтверджено документально і не є винятком зі страхових випадків, а саме:

6.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок настання страхового ризику, передбаченого п. 6.1. Умов;

6.2.1.1. Подія, передбачена п. 6.2.1. Умов, визнається Страховиком страховим випадком за умови, якщо хвороба/би наступили впродовж строку дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Таблицею виплат, та між хворобою і смертю Страхувальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок.

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

6.2.2. Захворювання Застрахованої особи відповідно до Таблиці виплат.

6.2.2.1. Подія, передбачена п. 6.2.2. Умов, визнається Страховиком страховим випадком, якщо захворювання було діагностоване вперше під час дії Договору, виникло після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Додатком № 1 до Умов. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.

6.2.3. Перенесене Застрахованою особою хірургічне втручання відповідно до Таблиці виплат.

6.2.3.1. Подія, зазначена в п. 6.2.3. Умов, визнається Страховиком страховим випадком якщо захворювання, зазначене в Таблиці виплат, було діагностовано вперше протягом дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, зазначеного в Таблиці виплат, та хірургічне втручання було проведено протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня встановлення діагнозу. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.

7. СТРАХОВА СУМА ТА/АБО ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА

7.1. **Розмір загальної страхової суми за Договором** зазначається у п.7.1. Поліса. Страхова сума обирається Страхувальником при укладенні Договору та може бути:

Варіант страхової суми	Страхова сума, грн
Економ	50 000,00
Стандарт	75 000,00
Еліт	100 000,00

7.1.1. Ліміт відповідальності Страховика за кожним страховим випадком встановлюється в розмірі виплат відповідно до Таблиці виплат.

7.2. **Вид та розмір франшизи: відсутня.**

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

8.1. Розмір страхового тарифу за Договором вказується в п. 8.1. Поліса.

8.2. Річний страховий тариф визначається залежно від віку застрахованої особи в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Річний страховий тариф*, % страхової суми
від 1 до 30 років включно	1,32%
від 31 до 40 років включно	1,98%
від 41 до 50 років включно	2,64%
від 51 до 60 років включно	4,14%
від 61 до 69 років включно	6,00%

8.2.1. В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, новий розмір страхового тарифу за Договором встановлюється з дати наступної за датою завершення періоду страхування, в якому відбулося відповідне збільшення віку Застрахованої особи. При збільшенні розміру страхового тарифу розмір страхового платежу за Договором пропорційно збільшується. В випадку сплати Страхувальником страхового платежу в розмірі, що відповідає розмірам страхових платежів за попередні періоди страхування до збільшення віку Застрахованої особи, розмір страхових сум за Договором буде перераховано відповідно до фактично сплаченого страхового платежу із застосуванням збільшеного за віком Застрахованої особи страхового тарифу.

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

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.

8.4. Розмір загального страхового платежу за Договором залежить від віку застрахованої особи та розміру страхової суми та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий платіж, грн**					
	при страховій сумі 50 000 грн		при страховій сумі 75 000 грн		при страховій сумі 100 000 грн	
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік
від 1 до 30 років включно	55,00	660,00	82,50	990,00	110,00	1 320,00
від 31 до 40 років включно	82,50	990,00	123,75	1 485,00	165,00	1 980,00

* Відповідно до тарифної політики для стандартного страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» 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.

** 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.

від 41 до 50 років включно	110,00	1 320,00	165,00	1 980,00	220,00	2 640,00
від 51 до 60 років включно	172,50	2 070,00	258,75	3 105,00	345,00	4 140,00
від 61 до 69 років включно	250,00	3 000,00	375,00	4 500,00	500,00	6 000,00

8.5. Відомості для сплати страхового платежу за Договором:

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

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

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

8.5.3. 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.

8.5.4. 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 набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії, 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.

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, наступного за датою сплати Страхувальником страхового платежу на рахунок Страховика, та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня такого періоду страхування, встановленого в п. 8.3. Поліса.

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

9.2.3. Якщо страховий платіж надійшов у поточному періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування, дата початку якого - це дата, що слідує за датою закінчення дії поточного періоду страхування.

9.2.4. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за черговий період страхування, страховий захист за Договором не діє, страхові виплати за подіями, що стались в неоплачений період страхування, не здійснюються Страховиком.

9.2.5. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу за період страхування згідно з п. 8.3. Поліса в повному розмірі на рахунок Страховика, та діє до закінчення періоду страхування згідно з п. 8.3. Поліса. При цьому, датою закінчення останнього періоду страхування є дата закінчення дії Договору, а у разі лонгації Договору згідно з п. 9.3. Поліса, страховий захист у періоді, що перевищує дату закінчення Договору надається за продовженим (лонгованим) Договором

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

9.3. Дія Договору продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору на умовах, визначених Полісом та Умовами, якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити. Продовжений строк дії Договору терміном на 1 (один) рік для цілей Договору використовується в значенні “продовжений строк дії Договору”. Договір не може бути продовжений (лонгований) у випадку, передбаченому п. 9.3.1. Умов.

9.3.1. Продовження (лонгація) строку дії Договору можлива за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору страхування діє договір доручення із Страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей Договір. У разі припинення договору доручення із Страховим агентом Договір страхування 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. 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.

9.3.3. 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.

9.3.4. 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	встановлюється щодо кожної з хвороб та перенесених хірургічних втручань в календарних днях та зазначений в Таблиці виплат (Додаток № 1 до Умов)
--	--

9.4.1. За Договором страхування встановлюється **період очікування страхового випадку** – проміжок часу з дати набрання чинності дії Договором страхування (або дати відновлення відповідальності Страховика після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого будь-яка хвороба, яку було діагностовано, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом терміну дії Договору. При подальшій пролонгації дії Договору щодо Застрахованої особи період очікування не застосовується, якщо після закінчення Договору та пролонгацією його дії не було перерви. Періоди очікування щодо кожного з захворювань встановлюються строком в календарних днях та наведені в Таблиці виплат.

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Територія дії Договору - територія України.

10.2. Дія Договору не поширюється на території України, що є тимчасово окуповані; території України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; населені пункти, що розташовані на лінії розмежування; території активних бойових дій, на яких ведуться воєнні (бойові) дії на дату настання події, що має ознаки страхового випадку.

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

11.1. Дії Страхувальника / Застрахованої особи / Вигодонабувача у разі настання події, що має ознаки страхового випадку:

11.1.1. **протягом 2-х (двох) робочих днів** з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) **заявити про випадок через ІКС "Приват24" або за телефоном 3700** (а у разі недоступності зазначених каналів – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1 Поліса).

11.1.2. **не пізніше 30 (тридцяти) днів** з дня встановлення діагнозу хвороби або закінчення лікування Застрахованої особи, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язана **надати документи**, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2 Умов **через ІКС «Приват 24» або за телефоном 3700** (а у разі недоступності зазначених каналів зв'язку – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1 Поліса);

11.1.2.1. Якщо згідно з Постановою Національного банку України від 15 липня 2024 року № 85 "Про затвердження Положення про порядок застосування підпунктів 165.1.27 та 165.1.28 пункту 165.1 статті 165 розділу IV Податкового кодексу України під час здійснення діяльності із страхування" для належного підтвердження факту заподіяння шкоди Страховик приймає оригінали / належним чином засвідчені копії документів, то строк подання Страховику документів згідно з п. 11.1.2 збільшується до 60 (шістдесят) календарних днів. Якщо для здійснення страхової виплати протягом такого строку Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач не надав оригіналів або належним чином підтверджених копій документів по страховому випадку, Страховик здійснює страхову виплату з утриманням та перерахуванням до Державного бюджету податку на доходи фізичних осіб та воєнного збору, передбачених законодавством на день здійснення страхової виплати.

Страхові виплати підлягають оподаткуванню на умовах, визначених податковим законодавством та Постановою Національного банку України від 15 липня 2024 року № 85 "Про затвердження Положення про порядок застосування підпунктів 165.1.27 та 165.1.28 пункту 165.1 статті 165 розділу IV Податкового кодексу України під час здійснення діяльності із страхування".

11.1.3. **не пізніше 6 (шести) місяців з дати смерті Застрахованої особи** спадкоємець Застрахованої особи зобов'язаний **заявити про випадок за телефоном 3700** (а у разі недоступності зазначеного каналу зв'язку – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1 Поліса) **та не пізніше 12 (дванадцяти) місяців надати Страховику документи**, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2 Умов.

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

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

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

11.2.1.1. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби:

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

11.2.1.2. у разі захворювання Застрахованою особою (п. 6.2.2. Умов) або перенесеного хірургічного втручання Застрахованою особою (п. 6.2.3. Умов):

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

- листок тимчасової непрацездатності або інший медичний висновок (на вимогу Страховика);

- копію направлення на госпіталізацію, на підставі якого було проведено стаціонарне лікування або хірургічне втручання (на вимогу Страховика).

11.3. Форма, спосіб та порядок подання документів, зазначених в п. 11.2 Умов:

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

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

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

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

- рецепти для продовження лікування, розпочатого в стаціонарі.

11.3.3. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 11.2. Умов, в тому числі в електронному вигляді.

11.3.4. Копією документу є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-комунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика або Страхового агента та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

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

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

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

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

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

11.3.6. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що надаючи Страховику (Страховому агенту) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за

дії Страхувальника. Останній розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

11.3.7. Якщо згідно з Постановою Національного банку України від 15 липня 2024 року № 85 "Про затвердження Положення про порядок застосування підпунктів 165.1.27 та 165.1.28 пункту 165.1 статті 165 розділу IV Податкового кодексу України під час здійснення діяльності із страхування" для належного підтвердження факту заподіяння шкоди Страховик приймає належним чином засвідчені копії документів, то відповідно до цих Умов належним чином засвідчені копії документів - це фотокопії документів, зроблені представником Страховика / Страхового агента з оригіналів документів та завірені КЕП представника Страховика / Страхового Агента.

11.4. Порядок розрахунку розміру страхової виплати:

11.4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.2.1. Умов, страхова виплата здійснюється в розмірі 100% страхової суми, зазначеної в п. 7.1. Поліса.

11.4.1.1. Якщо протягом першого або пролонгованого строку дії Договору були здійснені страхові виплати за страховими випадками, зазначеними в п.п. 6.2.2 - 6.2.3. Умов, то страхова виплата здійснюється в розмірі страхової суми, зазначеної в п. 7.1 Поліса, зменшеної на розмір здійснених страхових виплат протягом такого строку дії Договору.

11.4.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п.п. 6.2.2. - 6.2.3. Умов, розмір страхової виплати визначається згідно з Таблицею виплат та з урахуванням умов Договору.

11.4.2.1. Якщо протягом першого або пролонгованого строку дії Договору було здійснено страхову виплату за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.2 Умов, щодо того ж захворювання, за яким проводиться страхова виплата за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.3. Умов, то розмір страхової виплати за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.3. Умов, визначається за вирахуванням розміру страхової виплати за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.2. Умов.

11.4.3. Загальна сума страхових виплат Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом 1 (одного) року дії Договору не може перевищувати загальної страхової суми, встановленої в розділі 7 Поліса.

11.4.4. Відповідальність Страховика визначається як різниця між загальною страховою сумою та проведеними страховими виплатами протягом першого або пролонгованого строку дії Договору.

11.5. Умови та строки здійснення страхової виплати зазначені в п.11.6. – 11.12 Умов.

11.6. Строк прийняття рішення за випадком становить 5 (п'ять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з п. 11.1. - 11.3 Умов. Протягом вказаного строку Страховик:

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

11.6.2. 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.

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

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

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

11.6.3.3. відкрито кримінальне провадження або розпочато судовий процес, або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення - до закінчення досудового розслідування постановою про закриття кримінального

провадження, закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або винесення вироку судом, або прийняття рішення суду;

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

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

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

11.9. Страхова виплата здійснюється лише за остаточним, уточненим та обґрунтованим діагнозом захворювання, згідно з нормативними документами МОЗ України.

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

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

11.12. Якщо Договором передбачена можливість внесення річного страхового платежу Страхувальником "щомісячно", то при настанні страхового випадку, зазначеного в п. 6.2.1. Умов, 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.

11.13. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж, та після завершення періоду очікування страхового випадку.

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

12.1.2. Вчинення Страхувальником або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, 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.

12.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин у строки, передбачені Договором страхування, або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків), або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

- 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. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору;
- 12.1.7. Випадок не є страховим або є винятком зі страхових випадків відповідно до умов Договору;
- 12.1.8. Наявність інших підстав, встановлених законодавством.
- 12.2. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття події:
- 12.2.1. як результат або під час вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів, ліків без призначення лікаря, самолікування;
- 12.2.2. отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами;
- 12.2.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- 12.2.4. самогубства, замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком випадків, коли він (вона) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб;
- 12.2.5. які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;
- 12.2.6. ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження та опромінення Застрахованої особи;
- 12.2.7. події, що сталися за межами території дії Договору;
- 12.2.8. за якими Застрахованій особі встановлена будь-яка група інвалідності (I, II, III групи інвалідності);
- 12.2.9. захворювання та хірургічні втручання, які не зазначені в Додатку №1 до Умов, а також непрямі збитки, наприклад, упущена вигода, моральна шкода тощо.
- 12.2.10. захворювання Застрахованої особи на цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічну хворобу, а також наслідки та ускладнення захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока).
- 12.3. Не визнаються страховим випадком та страхова виплата не здійснюється у разі:
- 12.3.1. звернення Застрахованої особи протягом року вдруге та більше за страховою виплатою за ідентичним захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату у відповідності до Таблиці виплат, що наведена в Додатку №1 до Умов;
- 12.3.2. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
- 12.3.3. відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін;
- 12.3.4. будь-якої пункції порожнин тіла (грудної, черевної порожнини, спинномозкові та потиличні черепні пункції, пункції порожнин кіст, абсцесів без їх подальшого хірургічного видалення, діагностичні пункції та пункції для отримання матеріалу для біопсії);
- 12.3.5. внутрішньосудинних втручань (стентування, лазерна реканалізація і подібні втручання);
- 12.3.6. ендоскопічних втручань (окрім лапароскопічних та торакокопічних операцій), а також накладання трахеостоми;
- 12.3.7. накладання швів та видалення доброякісних утворень шкіри, слизової оболонки ротової

порожнини;

12.3.8. хірургічних втручань з приводу видалення сторонніх тіл, каміння з сечових шляхів, жовчних шляхів (ендоскопічні, за допомогою зондування);

12.3.9. повторних оперативних втручань з приводу одного і того самого захворювання протягом дії Договору;

12.3.10. будь-яких хірургічних втручань, що мали місце в період дії Договору за хворобами, які було діагностовано до початку дії Договору, крім випадків продовження дії Договору якщо захворювання вперше діагностовано в період дії, що починається з початку дії вперше укладеного договору щодо Застрахованої особи на аналогічних умовах страхового покриття (крім розміру страхової премії та страхового тарифу) за умови відсутності перерви у страхуванні, тобто дата початку дії договору (нового) слідує за датою закінчення дії договору страхування, що був укладений Сторонами щодо Застрахованої особи, та Страхувальник сплатив страхову премію / першу частину страхової премії (якщо новим договором страхування передбачено сплату страхової премії частинами) у розмірі та у строки, визначені в Полісі нового договору страхування. При цьому новий договір страхування повинен бути укладений у зв'язку зі зміною вікової категорії Застрахованої особи;

12.3.11. будь-яких хірургічних втручань, що мали місце після закінчення дії Договору за хворобами, які були діагностовані в період дії Договору;

12.3.12. будь-яких хірургічних втручань, що проводились без медично-обґрунтованих показань або поза стаціонарного лікування (включно з амбулаторним лікуванням або лікуванням в умовах денного стаціонару);

12.3.13. будь-яких хірургічних втручань, що проведені особами, які не мають відповідної медичної кваліфікації або лікарями, що не мають відповідної лікарської спеціалізації, або хірургічні втручання проведені у медичних закладах, що не мають відповідної спеціалізації;

12.3.14. будь-яких хірургічних втручань, які мали місце після закінчення періоду 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати встановлення діагнозу захворювання, з приводу якого такі втручання проводились.

12.4. Не можуть бути застрахованими особи:

12.4.1. віком до 1 року або 70 років і більше на момент укладання Договору;

12.4.2. які досягли 70 років в період дії Договору (застосовується після завершення оплаченого періоду, в якому Застрахована особа досягла 70 років);

12.4.3. які визнані в установленому порядку недієздатними;

12.4.4. які страждають важкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку і хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребта і спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний) або мають злоякісні новоутворення;

12.4.5. які є психічно хворими (знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах);

12.4.6. які є ВІЛ-інфіковані.

12.5. За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.12.4. Умов, до початку дії Договору страхування (в тому числі якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховику про зазначені обставини або повідомив завідомо неправдиві відомості, Договір страхування вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи на користь, якої укладено договір щодо якої існують зазначені обставини. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

У разі виникнення стосовно Застрахованої особи на користь, якої укладено Договір, під час дії Договору страхування обставин, за яких така особа не може бути застрахованою відповідно до п.12.4. Умов,

Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати за подіями, що мають ознаки страхового випадку та сталися після втрати чинності Договором, 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.

У випадку наявності обставини, передбаченої п.12.4.2. Умов, Договір припиняє свою дію з дня досягнення Застрахованою особою віку 70 років. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за днем народження.

12.6. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п. 11.6 Умов. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п. 11.6.2 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.

12.7. 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 (спадкоємця Застрахованої особи) про відстрочку рішення про страхову виплату або відмові у страховій виплаті (п. 11.6.3. Умов) 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. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду). Відмова Застрахованої особи від проходження огляду або від співпраці з незалежним експертом є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування.

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

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

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

13.2.6. 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.

13.2.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, визначений в п. 11.6.3 Умов.

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

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

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

13.2.10. 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 "СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я" 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 інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно Застрахованої особи, які не можуть бути застрахованими відповідно до п. 12.4. 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. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Умов.

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

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

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

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

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

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

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. Відмовитись від укладеного Договору страхування у випадках, передбачених законодавством та цими Умовами.

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

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

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

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.

13.7. 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 недієздатними.

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 (Страховальник) 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:

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

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

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

- чи є застрахована особа, особою, яка визнана в установленому порядку недієздатною;

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

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

- чи є застрахована особа ВІЛ-інфікованою.

Відсутність зазначених обставин та хвороб підтверджується Страховальником шляхом підписання Поліса.

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

Перед укладенням Договору страхування Страховальник 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 Страховальника 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/contracts-and-offers/privatbank> 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 Страховальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Поліса (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОП-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 та Умови. Додатком та невід'ємною частиною Умов є Таблиця виплат. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

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 посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору (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 веб-сайті Страховика за посиланням <https://universalna.com/contracts-and-offers/privatbank/>, 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/contracts-and-offers/privatbank/>.

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.

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 (включаючи 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 в 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). При цьому Договір припиняє свою дію у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на рахунок Страховика протягом 6 (шести) місяців поспіль;
- 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 додатковою угодою Сторін.

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

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 «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я» (редакція 03), затверджених Наказом Голови Правління № 17 від 04.02.2025, дата початку дії 25.02.2025, повний текст яких розміщений на вебсторінці Страховика за посиланням https://universalna.com/documents/offers/R3-health_insurance.pdf. Підписуючи Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застрахована особа ознайомлені з Умовами.

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 «страхування на випадок хвороби».

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:

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.

Період страхування - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору (періоди страхування застосовуються з урахуванням Розділу 9 Умов).

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

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

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

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

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

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

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

Госпіталізація/лікування в умовах стаціонару/стаціонарне лікування – цілодобове перебування та проходження курсу лікування протягом більше ніж 24 години в закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), акредитованих в Національній службі здоров'я України належним чином (перелік таких ЗОЗ можна перевірити за посиланням <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>), що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ТМД), а саме: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ) першого та другого рівнів, багатопрофільні дитячі лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ), лікарні відновлювального лікування (далі - ЛВЛ), лікарні планового лікування (далі - ЛПЛ), хоспіси, спеціалізовані медичні центри (далі - СМЦ), багатопрофільні обласні лікарні (клінічні лікарні), багатопрофільні обласні дитячі лікарні (клінічні лікарні), високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками).

Скерування на госпіталізацію до закладу ВМД чи ТМД передбачає заповнення лікарем або медичним працівником служби швидкої медичної допомоги відповідного направлення на госпіталізацію

(консультацію), що зареєстроване в обліковій системі ЗОЗ та може бути перевірено Страховою Компанією в e-HEALTH.

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

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 55 % 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. Страхувальник 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» укладенням Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

Застрахована особа за цим Договором добровільно погодилась на страхування на умовах, зазначених у Договорі, та зобов'язується виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (в т.ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застрахована особа не надала згоди на страхування та/або не була попереджена Страхувальником про страхування за Договором, Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, якби Страховик сам їх відшкодував.

17.5.6. Страхувальник /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 Страхувальника здійснена Страховим агентом перед встановленням ним ділових відносин. Верифікація Страхувальника здійснена при зверненні до Страхового агента із застосуванням ІКС Страхового агента.

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

18. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Ці Умови дійсні з **25.02.2025** 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.

ПЕРЕЛІК ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ І РОЗМІР ВИПЛАТ ЗА НИМИ

№	Захворювання	Розмір виплати згідно з п. 6.2.2 Умов, % страхової суми захворювання	Розмір виплати згідно з п. 6.2.3 Умов, % страхової суми невідкладне (ургентне) хірургічне втручання	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:				
1	Гострий інфаркт міокарду	50	+15 тільки за умови аорто-коронарного шунтування, всі інші втручання виключено)	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	+15	30 днів
3	Гострий перикардит	40	+15	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	+15	30 днів
5	Гострий міокардит	30	Не передбачено	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	+20	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	+10	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
10	Флеботромбоз	15	+10	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріїт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	+25	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	Не передбачено	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	+20	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	Не передбачено	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	Не передбачено	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	50	+20 (аортопластика розшарованої ділянки аорти)	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	40	+20	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	+20	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:				

21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення спленектомії)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	Не передбачено	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	Не передбачено	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	+10 (за умови проведення спленектомії)	90 днів
III. Хвороби органів дихання:				
25	Гострий тонзиліт	2	+5	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	Не передбачено	30 днів
27	Емфізема	8	Не передбачено	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	+10	30 днів
29	Плеврит	10	+10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	+10	7 днів
31	Гемоторакс	10	+10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	+20	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	Не передбачено	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:				
35	Защемлена пахова, стегова кила	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтинном тканин черевної стінки)	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	Не передбачено	30 днів

	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	15 днів
43	Панкреонекроз	45	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
45	Гострий апендицит	15	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
46	Печінкова колька	2	+10 (видалення жовчного міхура)	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	+5	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	+5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	+10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи:				
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	5	+15	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
54	Гострий уретрит	5	Не передбачено	90 днів
55	Гострий цистит	2	Не передбачено	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	Не передбачено	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	+10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	+10	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	+10	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	+10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	+10	90 днів
VI. Хвороби кістковом'язевої системи та сполучної тканини:				
63	Ревматизм в активній фазі	10	Не передбачено	90 днів

64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	Не передбачено	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	Не передбачено	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	Не передбачено	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	Не передбачено	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	Не передбачено	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	Не передбачено	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	Не передбачено	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	+10	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:				
77	Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	Не передбачено	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	+10	90 днів
79	Гострий тиреоїдит	15	+10	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	Не передбачено	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	Не передбачено	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного) (вперше виявлений)	10	Не передбачено	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи:				
83	Ураження трійчастого нерва	5	Не передбачено	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	Не передбачено	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	Не передбачено	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	Не передбачено	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	Не передбачено	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха:				
88	Кератити	5	+10	90 днів
89	Іридоцикліти	5	+10	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	+10	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	+10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	+10	90 днів
93	Виразки роговиці	10	+10	90 днів

94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	+10	30 днів
95	Хвороби слъзових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого кератокон'юнктивіту))	5	+10	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	Не передбачено	30 днів
97	Гострий середній отит	2	Не передбачено	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	+10	30 днів
99	Гострий лабіринтит, хвороба Мен'єра	8	+15	30 днів
X. Новоутворення:				
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
Злоякісні новоутворення молочної залози				
105	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки				
106	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
Злоякісні новоутворення простати та яєчок				
107	до 35 років	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
110	Лейкоз	50	+20	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	Не передбачено	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	+20	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	+10	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	+10	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти, незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)	5	+10	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:				
117	Холера	15	Не передбачено	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	+10 (вторинні гнійні вогнища, перфорації кишківника)	30 днів
119	Сальмонельоз	10	Не передбачено	30 днів
120	Ботулізм	15	Не передбачено	30 днів
121	Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)	10	Не передбачено	30 днів
122	Туляремія	15	Не передбачено	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	Не передбачено	30 днів
124	Сибірська виразка	20	Не передбачено	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	Не передбачено	30 днів
126	Скарлатина	4	Не передбачено	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонарного лікування)	4	Не передбачено	30 днів
128	Вітряна віспа	2	Не передбачено	30 днів
129	Кіп	2	Не передбачено	30 днів
130	Краснуха	2	Не передбачено	30 днів
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	Не передбачено	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	+15 (резекція легень, видалення легені, торакопластика)	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	Не передбачено	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	Не передбачено	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	Не передбачено	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	Не передбачено	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	Не передбачено	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	Не передбачено	30 днів
139	Лептоспіроз	20	Не передбачено	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	Не передбачено	30 днів
141	Лейшманіоз	20	Не передбачено	30 днів
142	Інфекційний мононуклеоз	10	Не передбачено	30 днів
143	Маларія	15	+15 (спленектомія)	30 днів
144	Сепсис	30	+10 (видалення вторинних гнійних вогнищ при септикопемії)	30 днів

Документ підписано у сервісі Вчасно (початок)

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)

R3-health_insurance.pdf

Номер документу: R3-health_insurance

Документ відправлено: 17:36 21.02.2025

Відправник документу

Електронний підпис

17:36 21.02.2025

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: 17:36 21.02.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 32BA6ADA8780FF450400000040DF00009C830300

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований