

**Пропозиція ПРАТ«СК «Універсальна»
№ 1091/10-023 від 22.12.2021р.**

**щодо укладання електронного договору добровільного страхування здоров'я на
випадок хвороби
продукт «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»**

ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА

Дана пропозиція є офіційною пропозицією **Приватного акціонерного товариства "Страхова компанія «Універсальна»**, (код ЄДРПОУ - **20113829**, надалі – Страховик), ліцензія Національної комісії, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг серії АГ № 569717 від 23.03.2011 р. (безстрокова), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти із Страховиком електронний договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби за допомогою інформаційно-комунікаційної системи Страхувальника або його страхового агента відповідно «Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби» № 0470351 від 09.02.2007 р. (із змінами та доповненнями) (надалі – Правила страхування) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію», ст. 634 Цивільного кодексу України. Правила страхування розміщені на сайті: <https://universalna.com>

Адреса Страховика - 01133, місто Київ, бульвар Лесі Українки, 9.

Страховий агент АТ КБ "Приватбанк", код ЄДРПОУ - 14360570, місцезнаходження: м. Київ, вул. Грушевського, 1д.

Контактний телефон Центру Страхування - 3700

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, про страхування здоров'я якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

1.1 Електронний договір страхування (Договір страхування) - електронний договір добровільного страхування здоров'я (продукт «Страхування здоров'я»).

1.2 Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання договору страхування або отримання страхового відшкодування.

1.3 Інформаційно-комунікаційна система (надалі ІКС) - 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 у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

1.4 Ідентифікація Клієнта в ІКС - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІКС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

1.5 Логін - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-комунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначено для ідентифікації та подальшої аутентифікації Клієнта в інформаційно-комунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо.

1.6 Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла Пропозицію (Оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-комунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

1.7 Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Клієнта в ІКС.

1.8 Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.9 Страховий випадок – подія, передбачена Договором, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату.

1.10 Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, при настанні Страхового випадку зобов'язаний здійснити Страхову виплату особі, визначеній Договором у якості одержувача Страхової виплати.

1.11 Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов Договору страхування.

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

1.13 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 зникненнем 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 нарощують і самопочуття погіршується.

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

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

1.15 Період очікування - проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (або дати поновлення зобов'язань Страховика після сплати страхового платежу за період страхування) протягом якого Страховик не несе зобов'язань за цим Договором страхування, а випадки, що сталися у цей період не є страховими. Період очікування по кожному конкретному захворюванню вказано у Додатку №1 до Пропозиції страхування.

1.16 Госпіталізація/лікування в умовах стаціонару/стаціонарне лікування – цілодобове перебування та проходження курсу лікування в закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), акредитованих в Національній службі здоров'я України належним чином (перелік таких ЗОЗ можна перевірити за посиланням <https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fedata.e-health.gov.ua%2Fe-data%2Fdashboard&data=05%7C01%7CLKravchenko%40universalna.com%7C8d9421dbafe7492631de08da5aa6e9e9%7Cc6babf7d47f242718e55c77084b12afa%7C1%7C0%7C637921970182807324%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTIi6Ik1haWwiLCJVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=wjJZJqFjomlRuU6YIcTzH08jTq4IUq%2Bz%2FmWWbFn6wdw%3D&reserved=0>), 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 рівня, 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 напрямами).

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 Страховорою 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.

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1 Для укладення Договору страхування Клієнт повинен ідентифікуватися на вебсайті Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або в персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІКС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання Договорів страхування; заповнити Електронну заяву, зазначивши відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Належним чином оформленена заява вважається заявою на страхування, поданою в електронній формі. Перед укладенням Договору страхування Клієнт обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про намір укласти Договір страхування.

2.2 Страховик на підставі отриманої через ІКС заяви Клієнта про намір укласти Договір формує проект електронного Полісу добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – «Поліс»), який є індивідуальною частиною електронного Договору, та направляє його Клієнту через ІКС.

2.3 Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному вебсайті Страховика <https://universalna.com> та його страхового агента.

2.4 Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Пропозиції разом з додатками та умов, викладених у проекті Полісу, вважається:

а) сплата страхового платежу у передбачені Договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика;

б) підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором. Договір укладено в електронній формі на підставі Публічної частини Договору Страховика та заповненої електронної заяви про укладення Договору страхування та підписано електронним підписом.

Електронним підписом вважається введення Страхувальником одноразового ідентифікатора (у формі алфавітно-цифрової послідовності), який надсилається Страховим агентом на мобільний телефон Страхувальника після повного заповнення електронної заяви.

Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом всіх умов Пропозиції разом з додатками та умов, викладених у проекті Полісу, і є укладенням Договору в електронній формі шляхом приєднання до Договору в порядку, передбаченому Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

2.5 В якості підпису Страховика використовується кваліфікований електронний підпис особи, уповноваженої Страховим агентом на підписання договорів страхування, що відповідає вимогам чинного законодавства України. Страховий агент підписує Договір після того, як Договір буде підписаний Страхувальником.

2.6 Номер Договору присвоюється Страховиком після здійснення Клієнтом акцепту та зазначається у Полісі.

2.7 Дата та час укладання Договору – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП уповноваженої Страховим агентом особи.

2.8 Факт укладення Договору підтверджується Полісом, який разом з публічною частиною Договору направляється Страхувальнику у формі електронного документа на засіб електронного/мобільного зв'язку, наданого Страхувальником у заявлі на страхування.

2.9 Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування не є укладеним без підписання заяви електронним підписом Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

2.10 Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування) з Додатками до Договору страхування, повний текст якої доступний на сайті Страховика: <https://universalna.com>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

2.11 Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною Стороною.

2.12 Договір страхування може бути підписаний аналогом власноручного підпису (цифровим власноручним підписом). У такому разі Сторони надають згоду на підписання договору страхування аналогами власноручного підпису (цифровим власноручним підписом), оригінал підпису Страхувальника надано представнику Страховика (страховому агенту) раніше.

2.13 При укладанні та виконанні Договору страхування відповідно до умов Публічної частини цього Договору Страховик може використовувати відтворення підпису уповноважених осіб Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювального пристрою та відтворення відбитку печатки. На письмову вимогу Страхувальника Страховик/Страховий агент здійснює вручення Страхового поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

2.14 Страхувальник/Застрахована особа підтверджує та визнає, що: до укладання цього 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 із Публічною частиною Договору страхування, Правилами страхування та з усією необхідною інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені ст. 7 Закону; зазначена інформація є доступною на вебсайті Страховика: <https://universalna.com>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодона бувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору та надав дозвіл/згоду медичним працівникам на розкриття інформації Страховику щодо Застрахованої особи (відповідно до наданого нею погодження) та знімає з медичних працівників (лікарів) відповідальність за збереження лікарської таємниці.

Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking).

2.15 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).

2.16 Сторони домовились, що сплата страхового платежу за укладеним договором страхування за перший сплачуваний період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або його страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації страхового агента.

2.17 Даний Договір страхування укладений відповідно до умов зазначених в «Договорі доручення» №003/17/011 від «01» грудня 2017 р.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1 Предметом договору є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3.2 Договір страхування укладено за ризиком у межах класу страхування «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК та СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1 **Страховим ризиком** за цим Договором є: **хвороба** (захворювання), що вперше діагностована у Застрахованої особи в період дії Договору страхування (відповідно до умов та переліку, зазначеного у Додатку №1 до Пропозиції страхування).

4.2 **Страховими випадками** за Договором є наступні події, що мали місце під час дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Додатком №1 "Перелік захворювань та розмір страхових виплат" до Пропозиції та підтверджени документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судом тощо):

Смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення первинного захворювання (або загострення захворювання), що зазначені у Додатку №1 до Пропозиції страхування, в період дії Договору, що настала під час дії Договору або протягом 6-ти місяців від дня виникнення (загострення) захворювання.

4.2.1. Смерть Страхувальника визнається страховим випадком, якщо хвороба/би настутили впродовж строку дії цього Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку передбаченого Додатком №1 до Пропозиції, та між хворобою і смертю Страхувальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок.

4.2.2. Факт настання у Застрахованої особи Хвороби, яка зазначена у Додатку №1 до Пропозиції страхування.

5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1 Договір діє 12 місяців. Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою сплати на поточний рахунок Страховика страхового платежу в розмірі та у строк, зазначені в Полісі, але не раніше 00.00 годин дати, зазначене у Полісі, як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24.00 годин за Київським часом дати, що зазначена у Полісі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу та за умови, що на момент такого продовження діє договір доручення із страховим агентом, за сприянням якого укладено даний Договір страхування. У разі втрати чинності вказаного в цьому пункті договора доручення з будь-яких підстав станом на дату лонгації Договору страхування, Страховик повідомляє про припинення Договору страхування та повертає сплачені страхові платежі на наступні періоди страхування протягом 5 днів.

5.2 За Договором, сплачений період страхування - 1 (один) місяць. Сплачений період починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення Договору. Якщо страховий платіж надійшов у діючому періоді страхування, то сплачений період починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення попереднього сплаченого періоду страхування.

5.3 Строк дії Договору може бути автоматично продовжений на наступний період (на 12 місяців) дії Договору, який визначається з 00 - 00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії Договору (періоду дії Договору), до дати в наступному календарному місяці або році (залежно від того, на який період відбувається продовження дії Договору), яка відповідає даті закінчення дії Договору в попередньому періоді (місяці або році), за умови відсутності заяв Сторін Договору про бажання припинити дію Договору відповідно умов Договору (Пропозиції) та надходження страхового платежу за наступний період дії Договору, на який продовжується його дія, на рахунок Страховика. Якщо дата закінчення дії Договору припадає на 29-е число календарного місяця, а відповідний календарний місяць в наступному році має менше ніж 29 днів, то датою закінчення дії пролонгованого періоду вказується 28-ме число відповідного календарного місяця в наступному році (відповідно). Кількість таких продовжень строку дії Договору не обмежена. Умови страхування на кожний наступний період дії Договору при автоматичному продовженні дії Договору застосовуються згідно з тією редакцією Пропозиції, яка діє на момент здійснення такого продовження дії Договору.

5.4 Страховий платіж за кожен наступний період дії Договору Страхувальник повинен сплачувати не пізніше дати початку періоду, на який автоматично продовжується дія Договору, у розмірі і порядку, що відповідає розміру і порядку сплати страхового платежу за попередній період (місяць або рік) дії Договору.

5.5 Якщо на дату початку наступного періоду (місяця або року) дії Договору страховий платіж за цей період не був сплачений, Договір не продовжується на наступний період та відповідальність Страховика у цей період не наступає. Страховик не здійснює страхову виплату за будь-якими випадками, що трапилися в період дії Договору, за який не було сплачено страховий платіж, а такі випадки не вважаються страховими. Якщо страховий платіж за наступний період (місяць або рік) дії Договору надходить пізніше дати початку відповідного періоду (місяця або року) дії Договору, то дія Договору продовжується і відповідальність Страховика за Договором поновлюється з 00-00 годин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на рахунок Страховика.

5.6 У разі відсутності письмової заяви однієї із сторін про припинення або зміну умов Договору протягом 10 (десяти) календарних днів до закінчення строку дії Договору він вважається продовженим на той самий строк і на тих самих умовах, які були передбачені Договором, за умови сплати Страхувальником страхового платежу за наступний період страхування на умовах Договору.

5.7 Договір страхування припиняє свою дію та не може поновити свою дію у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхових платежів протягом 6 (шести) місяців поспіль.

6. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ.СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

6.1 Розмір страхової суми складає у одному з наступних варіантів: 50 000, 00 (п'ятдесят тисяч) гривень, 75 000 (сімдесят п'ять тисяч) або 100 000 (сто тисяч) гривень.

Страхова сума зазначається у електронній заяві при укладанні Договору страхування та у Полісі страхування.

6.2 Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи та вказується у Полісі страхування. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф
Від 1 до 30 років (включно)	1,2-2,4%
Від 31 до 40 років (включно)	1,8%
Від 41 до 50 років (включно)	2,4%
Від 51 до 60 років (включно)	3,6%
Від 61 до 69 років (включно)	4,8%

6.3 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.

6.4 При збільшенні розміру страхового тарифу розмір страхового платежу за Договором пропорційно збільшується. Розмір страхового платежу (загальний) за Договором визначається шляхом добутку страхової суми (загальна) та страхового тарифу.

7. ПОРЯДОК ТА СРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

7.1 Страхові платежі здійснюються за реквізитами: рахунок UA283052990000026504031000642 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК, МФО 305299, ЄДРПОУ 20113829.

7.2 Спосіб сплати: одноразовий, у день укладання договору, у розмірі 100% страхового платежу зазначеного у відповідному пункті Полісу або щомісячний регулярний платіж, 1/12 страхового платежу зазначеного у відповідному пункті Полісу, з карткового рахунку Страхувальника.

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

7.4 Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: «Страхова премія за договором №_____ від _____».

7.5 У разі несплати або неповної сплати відповідної частини страхового платежу на перший (наступний) сплачений період страхування цей Договір не набуває сили (або припиняє свою дію) і ніякі страхові виплати за ним не здійснюються. У разі сплати наступного місячного страхового платежу цей Договір страхування поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження місячного страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

8. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1 Територія дії Договору страхування – Україна.

8.2 Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території Донецької та Луганської областей, а також Автономну Республіку Крим, на території, які офіційно визнані зонами військових дій (збройних конфліктів), місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, які визнано зонами відчуження внаслідок аварії на ЧАЕС.

Пропозиція дійсна з "01" січня 2024 р.

Умови страхування до договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. ПРАВА ТА ОБОВЯЗКИ СТОРІН і ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

1.1. Страховик зобов'язаний:

1.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування.

1.1.2. Протягом двох робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

1.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Правилами страхування умовами Договору. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% від належної до сплати суми за кожен день прострочення.

1.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 робочих днів після прийняття рішення.

1.2. Страховик має право:

1.2.1. Страховик має право:

1.2.2. Вимагати від Страхувальника надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику.

1.2.3. 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.

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

1.2.5. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених відповідним розділом Умов.

1.2.6. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про обставини, зазначені у відповідному розділі Умов.

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

1.2.8. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відсторочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 30 (тридцять) робочих днів.

1.2.9. Відкласти здійснення страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та судового розгляду або встановлення не винуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця).

1.3. Страхувальник має право:

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

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

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

1.3.4. За письмовою заявою отримати Договір на паперовому носії, підписаний оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги Страховиком.

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

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

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

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

1.3.5.3. У разі відмови Страхувальником від договору страхування не допускається повернення коштів готовкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

1.4. Застрахована особа зобов'язана:

1.4.1. Виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів медичних закладів, в частині, що стосується призначень медикаментів - генериків та/або матеріалів медичного призначення згідно умов Договору.

1.4.2. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

1.5. Застрахована особа(її законний представник) має право:

1.5.1. Ознайомитись з умовами Договору та Правилами.

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

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

1.5.4. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 3 (трьох) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку Страхувальника) шляхом направлення рекомендованого листа з повідомленням на адресу іншої Сторони або через ІКС.

2. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

2.1. Договір припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

2.1.1. закінчення строку його дії;

2.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

2.1.3. ненадходження на розрахунковий рахунок Страховика частини загального страхового платежу (якщо загальний страховий платіж сплачується щомісячними рівними частинами) протягом 6 (шести) місяців поспіль;

2.1.4. смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним діездатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

2.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.

2.1.6. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. Датою повідомлення вважається дата отримання рекомендованого або цінного листа з описом вкладення іншою Стороню. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за адресою, зазначеною в Договорі як адреса її місцезнаходження, або в разі зміни адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 1.6. Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання Стороню - ініціатором розірвання Договору листа іншій Стороні. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі у повному розмірі. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 30% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

2.2. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в електронній або письмовій формі шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору, або шляхом переукладення Договору. У випадку внесення змін до Договору за ініціативи Страхувальника, останній оформлює заяву на внесення змін через ІКС або надсилає Страховику в письмовій формі на адресу Страховика, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору, а також персональні дані Страхувальника/Застрахованої особи (прізвища, ім'я, по батькові, адреси реєстрації, дати народження, реєстраційного номеру облікової картки податку, номеру мобільного зв'язку, email тощо), та направляє на розгляд Страховику. У випадку внесення змін до Договору страхування за ініціативи Страховика, останній надсилає пропозицію про внесення змін Страхувальнику шляхом направлення рекомендованого листа на адресу Страхувальника або шляхом направлення СМС – повідомлення на засіб мобільного зв'язку Страхувальнику. Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в двадцятиденний строк з дня її отримання повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У такому випадку Договір достроково припиняє свою дію за згодою Сторін з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію. У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін чи доповнень до Договору, Сторони укладають додаткову угоду до Договору, скріплюючи її власноручними підписами, або підписують шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, або переукладають Договір. Якщо Сторона, яка одержала пропозицію внести зміни до Договору, у межах строку для відповіді вчинила дію відповідно до вказаних у пропозиції умов (сплатила страховий платіж тощо), що засвідчує її бажання внести зміни до Договору, ця дія є прийняттям пропозиції, якщо інше не вказане в пропозиції. Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої на реквізити Сторони (адресу чи засіб мобільного зв'язку), зазначені у Договорі, або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 1.6 Умов, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

3. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

3.1. Протягом 2-х (двох) робочих днів з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) подати заявку про подію в Приват24 або на сайті [pb.ua](#), або звернутися в будь-яке відділення ПриватБанку і надати документ, що підтверджує факт настання страхового випадку або зателефонувати за номером 3700 цілодобово.

3.2. У разі смерті Застрахованої особи вигодонабувач (спадкоємець) повинен в термін не пізніше 60 днів з дня настання події звернутися до Страховика із заявою про страхову виплату та надати документи, що підтверджують факт настання страхового випадку.

4. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. У разі настання події, яка підпадає під ознаки страхового випадку, Страхувальник або Застрахована особа, повинні у строк не пізніше двох днів з дня закінчення лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи – спадкоємець (-ці) – у строк не пізніше двох місяців з дня настання події, повідомити Страховика про її настання.

4.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник або Застрахована особа у строк не пізніше двох робочих днів з дня закінчення лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи – спадкоємець (-ці) у строк не пізніше 6 місяців з дня настання події, повинні звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку.

4.3. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) чи Вигодонабувач повинні надати Страховику заяву про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, Договір страхування, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру, копію паспорта або документа, що посвідчує особу, яка звернулася за страхову виплатою. Сторони погоджуються, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, може заповнюватися і подаватися в електронній формі за допомогою ІКС Страховика або його страхового агента в порядку, передбаченому чинним законодавством України. Сторони домовились, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, складена за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента за формулою прирівнюється до письмової, і є підставою для виплати страхового відшкодування відповідно до ст. 25 Закону України «Про страхування». Також надаються документи що підтверджують настання страхового випадку, а саме:

4.3.1. у разі смерті Застрахованої особи внаслідок Хвороби:

- копію свідоцтва про смерть;
- копію лікарського свідоцтва про смерть;
- виписку з карти амбулаторного/стационарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стационарного хворого на злюйкісне 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.

4.3.2. у разі виникнення Хвороби у Застрахованої особи

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

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

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

- направлення (в тому числі електронне від сімейного лікаря, лікаря вторинної ланки медичної допомоги, лікаря приймального відділення, бригади швидкої медичної допомоги) на послугу госпіталізація;
- результати лабораторних та інструментальних досліджень на початку лікування та при виписці, які необхідні для діагностики та контролю якості лікування;
- рецепти для продовження лікування, розпочатого в стаціонарі.

4.3.5. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 4.3. Умов, в тому числі в електронному вигляді.

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

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

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

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

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

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

- Підписанням 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 відповідальність 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 виникили при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

4.4. Страхова виплата при настанні страхового випадку, передбаченого Договором, здійснюється Страховиком у розмірах, зазначених в Розділі 6 Полісу та з урахуванням умов Договору.

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

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

4.7. У випадку сплати загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) в неповному розмірі, Страховик несе відповідальність за Договором пропорційно відношенню фактично сплаченої частини загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) до нарахованого та визначеного Полісом; у разі настання страхового випадку за Договором, страхова виплата зменшуватиметься пропорційно сплачений частині загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) за Договором.

4.8. Страховик протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання заяви про настання страхового випадку та отримання страхової виплати і документів, передбачених п. 4.3. Умов, приймає рішення про здійснення або про відмову в здійсненні страхової виплати, яке оформляється Страховим актом.

4.9. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується Страховиком Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту оформлення страхового акту. Страхове відшкодування виплачується Застрахованій особі (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.

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

4.11. Договір у відношенні до Застрахованої особи, якій здійснювались страхові виплати, не припиняє чинності до кінця строку дії Договору. При цьому, відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше проведеними страховими виплатами. Якщо страхові виплати по Застрахованій особі склали 100 % страхової суми, дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

4.12. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини платежу при настанні страхового випадку із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати несплачену частину страхового платежу.

5. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТИ

5.1. **За цим Договором страхування не визнаються страховими випадками** наслідки Хвороби (діагностування хвороби, смерті внаслідок хвороби), які настали:

- як результат або під час вживання Страхувальником алкоголя, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів;

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

- навмисного заподіяння Страхувальником собі тілесних ушкоджень;

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

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

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

5.3.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

5.3.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

5.3.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.

5.3.4. Несвоєчесне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, визначені цими Умовами, або створення Страховику перешкод у визначені обставин, характеру та розміру збитків.

5.3.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цих Умов.

5.3.6. У випадку звернення Застрахованої особи протягом року вдруге та більше за страховою виплатою за однаковим захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату у відповідності до Таблиці виплат, що наведена в Додатку №1 до Пропозиції.

5.3.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

5.3.8. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін.

5.3.9. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, визначених за Договором.

5.3.10. Інші випадки, передбачені законодавством України.

5.4. Не визнаються страховими випадками захворювання та/або смерть внаслідок захворювання:

5.4.1. 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;

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

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

5.4.4. які пов'язані з масовими епідеміями;

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

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

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

5.4.8. що виникли в результаті самолікування;

5.4.9. вроджені вади та спадкові хвороби;

5.4.10. психічні хвороби;

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

5.4.12. ускладнення або штучне переривання вагітності;

5.4.13. імпотенція, чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності;

5.4.14. що виникли внаслідок інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору;

5.4.15. події, що сталися за межами території дії Договору.

5.4.16. за якими Застрахованій особі встановлена будь-яка група інвалідності (I, II, III групи інвалідності).

5.5. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на хвороби, які не зазначені в Додатку №1 до Пропозиції.

5.6. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічну хворобу, а також наслідки та ускладнення захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока), стенокардію, ІХС, геморой, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти, фарингіти і трахеїти, риніти, гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, коліти, остеохондроз та його ускладнення, хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, межреберна невралгія, кон'юктивити, ГРІ, ГРЗ, грип, бактеріальні кишкові інфекції, мікози.

5.7. За цим договором не можуть бути Застрахованими особи:

5.7.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

5.7.2. які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злокісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт, енцефаліт гострий некротичний); які мауть злокісні новоутворення;

5.7.3. психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

5.7.4. особи молодші 1 року та старші 69 років на момент укладання Договору;

5.7.5. особи, що досягли 70 років в період дії Договору.

5.8. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених пп.5.7.1 – 5.7.5. пункту 5.7. Умов, до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи

відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі. У випадку наявності обставини, передбаченої п.п.5.7.5. пункту 5.7. 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. За письмовою заявою Страхувальника, Страховик повертає йому частину сплачених страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи визначених при розрахунку страхового тарифу (30%), фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування

6. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН:

6.1. Страхувальник, Застрахована особа підписуючи цей Договір страхування (Поліс), надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях здійснення прав та виконання обов'язків за цим Договором, забезпечення реалізації податкових відносин, та відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору страхування, для організації поштових розсилок, розсилок СМС-повідомлень, розсилок комерційних повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору страхування, 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, Застрахована особа 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, лікарських закладів, медичних установ тощо, 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, Застрахована особа надає право Страховику на отримання будь-якої інформації щодо стану свого здоров'я та будь-яких інших відомостей щодо нього від лікарських закладів, медичних установ тощо.

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.

6.2. Страхувальник усвідомлює та надає свою згоду на обробку інформації про Страхувальника (в тому числі персональних даних) за цим Договором у самостійно визначених Страховиком інформаційних (автоматизованих) системах, з метою подальшого використання Страховиком таких даних для виконання зобов'язань згідно з цим Договором, а також для реалізації сторонами своїх прав та обов'язків за цим Договором. Обсяг даних Страхувальника, щодо яких Страховик має право здійснювати процес обробки, визначається Сторонами як будь-яка інформація про Страхувальника та умови цього Договору, що стала відома Страховику при встановленні та у ході відносин із Страхувальником, у тому числі від третіх осіб».

6.3. Підписанням цього Договору страхування одноразовим ідентифікатором Страхувальник підтверджує, що з інформацією, зазначеною в ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», ознайомлений; згоду застрахованої особи на страхування отримав.

6.4. Сторони погодили, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до Договору шляхом публікації нової редакції Пропозиції (Офerty) в мережі Internet на вебсайті Страховика за адресою www.universalna.com та /або Страхового Агента за адресою www.pb.ua та/або в особистому кабінеті Страхувальника за адресою www.privat24.ua. У разі, якщо Страхувальник не погоджується із внесеними Страховиком змінами, він має право розірвати Договір в односторонньому порядку, відповідно до умов цього договору страхування.

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

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

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

7. ДОДАТКАМИ ТА НЕВІД'ЄМНИМИ ЧАСТИНАМИ ДОГОВОРУ є:

7.1. ДОДАТОК №1 «Перелік захворювань та розмір страхових виплат».

Додаток №1
" Перелік захворювань та розмір страхових виплат "

до Пропозиції № 1091/10-023 від 22.12.2021 р.
(редакція від «01» січня 2024 р.)
щодо укладання електронного договору
дбровільного медичного
страхування (продукт «Страхування здоров'я»)
(публічна частина Договору страхування)

Перелік захворювань та розмір страхових виплат

№	Захворювання	Розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:			
1	Гострий інфаркт міокарду	50	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	30 днів
3	Гострий перикардит	40	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	30 днів
5	Гострий міокардит	30	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
10	Флеботромбоз	15	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	90 днів
16	Гостра сердцево-легенева недостатність	25	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	50	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	40	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:			
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення спленектомії)	10	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	30 днів
24	Тромбоцитна пурпурна ускладнена геморагічним синдромом	35	90 днів
III. Хвороби органів дихання:			
25	Гострий тонзіліт	2	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	30 днів
27	Емфізема	8	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	30 днів
29	Плеврит	10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	7 днів
31	Гемоторакс	10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:			
35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	90 днів

42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	15 днів
43	Панкреонекроз	45	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	7 днів
45	Гострий апендіцит	15	7 днів
46	Печінкова колька	2	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90 днів

V. Хвороби сечостатевої системи

50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	5	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
54	Гострий уретрит	5	90 днів
55	Гострий цистит	2	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90 днів

VI. Хвороби кістковом'язової системи та сполучної тканини:

63	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
64	Вузловий периартеріїт (за умови стаціонарного лікування)	25	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90 днів

VII. Хвороби ендокринної системи:

77	Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	90 днів
79	Гострий тиреоїдіт	15	90 днів
80	Цукровий діабет І типу (вперше виявлений)	40	90 днів
81	Цукровий діабет ІІ типу (вперше виявлений)	20	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (орім гестаційного вперше виявлений)	10	90 днів

VIII. Хвороби нервової системи

83	Ураження трійчастого нерва	5	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	90 днів
86	Деміелінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	90 днів

IX. Хвороби ока та вуха

88	Кератити	5	90 днів
89	Іridoцикліти	5	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	90 днів
93	Виразки роговиці	10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30 днів
95	Хвороби слізозових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого ератокон'юнктивіту))	5	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	30 днів

97	Гострий середній отит	2	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Меньєра	8	30 днів
X. Новоутворення			
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишкі з апендиксом, печінка)	45	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок до 35 років	40	90 днів
	від 35 років і старше	30	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	90 днів
110	Лейкоз	50	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	180 днів
116	Інші добрякісні новоутворення, що підтвердженні патогістологічним дослідженням (окрім добрякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти, незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)	5	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби			
117	Холера	15	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	30 днів
119	Сальмонельоз	10	30 днів
120	Ботулізм	15	30 днів
121	Дизентерія (шигельоз, амебіаз)	10	30 днів
122	Туляремія	15	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	30 днів
124	Сибірська виразка	20	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	30 днів
126	Скарлатина	4	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонара)	4	30 днів
128	Вітряна віспа	2	30 днів
129	Кір	2	30 днів
130	Краснуха	2	30 днів
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	30 днів
139	Лептоспіроз	20	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	30 днів
141	Лейшманіоз	20	30 днів
142	Інфекційний монокулеоз	10	30 днів
143	Малярія	15	30 днів
144	Сепсис	30	30 днів