

**Форма Пропозиції щодо укладення
електронного договору та Електронного Полісу
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-телекомунікаційної 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-телекомунікаційна система (надалі ІТС)** - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовуються 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 ІТС** - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

1.5 **Логін** - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних 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-телекомунікаційній 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 ІТС.

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 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 нарастають 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%2Fedata%2Fdashboard&data=05%7C01%7CLKravchenko%40universalna.com%7C8d9421dbafe7492631de08da5aa6e9e9%7C6bafb7d47f242718e55c77084b12afa%7C1%7C0%7C637921970182807324%7CUnknown%7CTWFpbgZsb3d8eyJWlJoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&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 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 напрямлення 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.

2. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ЕЛЕКТРОННОГО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1 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 ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладення Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; заповнити Електронну заяву та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страховальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних 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.

2.2 Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика: <https://universalna.com> та його страхових агентів, а також в ІТС (тощо) Страховика та його страхових агентів.

2.3 У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної пропозиції Клієнтом вважається заповнення електронної заяви про укладення Договору страхування та підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до ст. 12 ЗУ «Про електронну комерцію» шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страховальника та ведення Страховальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Безумовним прийняттям (акцептом) пропозиції Страховика укласти Договір страхування на умовах, визначених Пропозицією, вважається отримання Страховиком/страховим агентом відповіді про прийняття пропозиції. Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили, Клієнт набуває статусу Страховальника та отримує підтвердження укладення Договору страхування (Поліс) та здійснення оплати страхового платежу у формі повідомлення разом з Електронним полісом на засіб електронного зв'язку.

Заповненням електронної заяви про укладення Договору страхування, Клієнт узгоджує всі істотні умови Договору страхування. Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування не є укладеним без підписання заяви електронним підписом Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

Після здійснення акцепту, Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система InternetBanking Приват24, в т.ч. мобільна версія, MobileBanking). Договір страхування набирає законної сили у відповідності до умов передбачених даною Пропозицією. Після набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

Відповідь про прийняття пропозиції (Акцепт Пропозиції) може бути здійснено Клієнтом із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).

2.4 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.

2.5 Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує та визнає, що: до укладання Договору страхування на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика: <https://universalna.com>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору страхування та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання Договору страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору страхування. 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).

2.6 Факт укладення Договору страхування посвідчується страховим полісом (надалі - Поліс), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у Заяві про укладення Договору страхування і є індивідуальною частиною Договору.

2.7 Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страховальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатками до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

2.8 Сторони домовились, що відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Поліс на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

2.9 Сторони узгодили, що Поліс, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента згідно з умовами даної пропозиції може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика, зразок яких відображено в Пропозиції.

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

2.11 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.

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 підтверджені 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 наступили 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, зазначеної 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 договору 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 настає. 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 СТРОКИ 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 " 07 " липня 2022 р.

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

1. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ 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).

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, відстрочити 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 перших 7 (семи) днів дії Договору відмовитись від нього. Таку відмову Страхувальник в письмовій формі подає Страховику. При цьому Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання відмови Страхувальника від Договору.

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 ІТС.

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 дієздатності, 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 Стороною. 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 Стороною - 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 ІТС 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 або 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. У разі настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований, як страховий випадок, Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно інформувати Представника Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки за телефоном: 3700.

3.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання, Страхувальник (інша уповноважена Особа) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки протягом 10 (десяти) днів з моменту настання випадку

3.3. У разі виникнення Хвороби у Застрахованої особи, Страхувальник (інша уповноважена Особа) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки протягом 2 (двох) днів з моменту виявлення Хвороби.

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 страховою виплатою. Сторони погоджуються, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, може заповнюватися і подаватися в електронній формі за допомогою ІТС Страховика або його страхового агента в порядку, передбаченому чинним законодавством України. Сторони домовились, що заява про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, складена за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента за формою прирівнюється до письмової, 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/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на зляккісне 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/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на зляккісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином;
- копію листка непрацездатності Застрахованої особи (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.

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. Копією 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 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.

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

4.4.1. 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.

4.4.2. 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 сплаченій частині загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) за Договором.

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. 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.

4.9. 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 ВИПЛАТІ

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 алкоголю, 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. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, визначені цими Умовами, або створення Страховику перешкод у визначенні 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 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 отриманні в результаті військових дій, громадянських безладь, 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 отриманні 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.

5.5. 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'юнктивити, 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 злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний); які мабуть злоякісні новоутворення;

5.7.3. психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

5.7.4. Особи з інвалідністю I, II групи, діти з інвалідністю;

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

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

5.8. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених пп.5.5.1 – 5.5.6. пункту 5.5. 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 обставин, передбаченої п.п.5.5.6. пункту 5.5. 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 частині другій ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», 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 (Оферти) в мережі Internet на WEB сторінках 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.

7. ДОДАТКАМИ ТА НЕВІД'ЄМНИМИ ЧАСТИНАМИ ДОГОВОРУ Є:

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

**Підпис Страховика
Голова Правління**

Голова Правління Приватного акціонерного товариства
«Страхова компанія «Універсальна»
Музичко Олександр Васильович
Електронна адреса: office@universalna.com



ЕЛЕКТРОННИЙ ПОЛІС №		3700		
добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (індивідуальна частина)				
продукт "Страхування здоров'я"				
М.	Дата:			
Цей електронний Поліс добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – «Поліс») є індивідуальною частиною електронного Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – «Договір»), що підтверджує укладення Договору у порядку, передбаченому Пропозицією щодо укладення електронного Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, що є публічною частиною Договору (надалі – «Пропозиція»), чинною на дату її акцентування та розміщеною у вигляді електронного документу на сайті Страховика https://universalna.com . Невід'ємними частинами Договору є цей Поліс, Пропозиція, Умови страхування до Договору, (надалі – «Умови») та Додаток №1 до Пропозиції «Перелік захворювань та розмір страхових виплат». Дані Поліса формуються на підставі Пропозиції Страховика та електронної заяви Страхувальника, заповненої в ІТС Страховика або його Страхового агента.				
1. СТРАХОВИК	Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Універсальна"" код ЄДРПОУ 20113829, що зареєстроване як фінансова установа згідно з рішенням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг №1224 від 21.08.2004р., та надає страхові послуги відповідно до ліцензії Серії АГ № 569717, виданої (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 23.03.2011р.(строк дії з 09.02.2007 р. безстроково). Місцезнаходження: Україна, 01133, м. Київ, бул. Лесі Українки, 9, тел. 0 800 500 381, адреса електронної пошти: office@universalna.com., поточний рахунок UA28305299000026504031000642 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК", цілодобовий інформаційний центр тел.: 0 800 500 381			
2. СТРАХУВАЛЬНИК		Дата народження		
Адреса		ІПН		
Паспортні дані (серія, №, ким, коли виданий)				
Електронна адреса, номер телефону				
3. ВИГОДОНАБУВАЧ	Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа, зазначена в п.5. Полісу.			
4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ				
<p>4.1. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.</p> <p>4.2. Згідно з умовами Договору, Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Вигодонабувачеві, а Страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови Договору.</p> <p>4.3. Договір укладено між Страховиком і Страхувальником відповідно до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованими за реєстраційним номером №0470351 від 09.02.2007 р., зі змінами та доповненнями, надалі - "Правила", із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронні довірчі послуги».</p> <p>4.4. Страховим агентом за цим Договором є АТ КБ "ПРИВАТБАНК" на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг № 003/17/011 від 01.12.2017 року.</p>				
5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА				
№	прізвище, ім'я, по батькові	дата народження	адреса	страхова сума, грн.
1				
6. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК				
<p>6.1. 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).</p> <p>6.2. Страховими випадками за Договором є наступні події, що мали місце під час дії Договору, та підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судом тощо):</p>				
Страховий випадок				Розмір виплати, %₂
6.1.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання 1				100%
6.1.2. Факт настання у Застрахованої особи хвороби, передбаченої умовами Договору.				
Перелік класів хвороб		Розмір виплати, %₂	Перелік класів хвороб	Розмір виплати, %₂
Хвороби системи кровообігу		від 8% до 50%	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	від 4% до 40%
Хвороби крові, кровотворних органів		від 5% до 35%	Хвороби ендокринної та	від 10% до 40%

		нервової системи	
Хвороби органів дихання	від 2% до 15%	Хвороби ока та вуха	від 1% до 15%
Хвороби органів травлення	від 2% до 45%	Новоутворення	від 5% до 70%
Хвороби сечостатевої системи	від 2% до 50%	Інфекційні та паразитарні хвороби	від 2% до 40%
Хвороби нервової системи	від 8% до 15%

1 Страховим випадком вважається смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення первинного захворювання (або загострення захворювання) в період дії Договору, що настала під час дії Договору або протягом 6-ти місяців від дня виникнення (загострення) захворювання.

2 Розмір виплати в % від Страхової суми Застрахованої особи згідно п.5 Полісу.

Повний перелік захворювань та розмір суми виплати зазначений у Додатку №1 до Пропозиції.

6.2. Страхова виплата за Договором не здійснюється в період очікування страхового випадку - 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.

6.3. Не визнаються страховими подіями розлади здоров'я, у тому числі пов'язані із нещасними випадками, які не зазначені у Додатку №1 до Пропозиції.

7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ	<p>7.1. Договір діє 12 місяців з " " до " " включно. Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страховика загального страхового платежу (першої частини загального страхового платежу, якщо загальний страховий платіж сплачується щомісячними рівними частинами) в розмірі та у строк, зазначені в Полісі, але не раніше 00.00 годин дати, зазначеної 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 загального страхового платежу.</p> <p>7.2. У разі відсутності письмової заяви однієї із сторін про припинення або зміну умов Договору протягом 30 (тридцяти) 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сплати Страхувальником страхового платежу за наступний період страхування; - чинності договору доручення між Страховиком та Страховим агентом, за сприяння якого укладено Договір, на дату продовження дії Договору. <p>У разі втрати чинності вказаного в цьому пункті договору доручення між Страховиком та Страховим агентом з будь-яких підстав на дату продовження дії Договору, Страховик повідомляє Страхувальника про припинення дії Договору та протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту Страхувальника повертає страхові платежі, сплачені Страхувальником за наступні періоди страхування.</p> <p>7.3. Договором встановлюється період страхування строком в 1 рік – у випадку сплати загального страхового платежу одноразово; та строком в 1 місяць – у випадку сплати загального страхового платежу щомісячними рівними частинами</p>		
	Кількість періодів страхування		
	<p>У разі сплати загального страхового платежу щомісячними рівними частинами, сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем надходження частини загального страхового платежу на поточний рахунок Страховика в повному розмірі та діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом останнього дня періоду страхування, в якому відбулася сплата такої частини загального страхового платежу. Якщо частина загального страхового платежу надходить в діючому періоді страхування, то наступний сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем закінчення діючого періоду страхування.</p>		

8. СТРАХОВА СУМА (загальна), грн.			9. СТРАХОВИЙ ТАРИФ	
10. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (загальний), грн. з				

з Розмір страхового платежу (загальний) за Договором визначається шляхом добутку страхової суми (загальна) та страхового тарифу.

11. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

11.1. Страхові платежі здійснюються за реквізитами:	рахунок No UA283052990000026504031000642 в АТ КБ ПРИВАТБАНК, ЄДРПОУ 20113829
11.2. Спосіб сплати:	Одноразовий в момент укладання Договору / щомісячний регулярний платіж у розмірі _____, сплачений на рахунок Страховика.
11.3. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.	
11.4. Під час сплати страхового платежу Страхувальник зобов'язаний в призначенні платежу вказати наступне: «Страхова премія за договором № _____ від _____»	
11.5. У випадку несплати чергової частини загального страхового платежу повністю або частково у строки, встановлені у Договорі, Страхові покриття за Договором не продовжується на наступний період страхування та припиняє свою дію з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою закінчення попереднього сплаченого періоду страхування. Страховик звільняється від обов'язку щодо здійснення страхової виплати за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті чергової частини загального страхового платежу за цим Договором. При цьому у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором у наступні періоди страхування, за які страховий платіж повністю або частково не сплачений у передбачені Договором розміри та строки.	
11.6. 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 цим Полісом; у разі настання страхового випадку за Договором, страхова виплата зменшуватиметься пропорційно сплаченій частині загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) за Договором.	

12. МІСЦЕ СТРАХУВАННЯ

12.1. Місце дії Договору – територія України.	
12.2. 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.	
У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТЕЛЕФОНУЙТЕ ЗА НОМЕРОМ	3700

13. Порядок зміни і припинення дії Договору визначено в Розділі 2 Умов публічної частини Договору.

14. Права та обов'язки Сторін Договору та відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов договору визначено в Розділі 1 Умов публічної частини Договору.

Договір укладений на підставі електронної заяви Страхувальника шляхом прийняття (акцепту) Пропозиції, розміщеної у вигляді електронного документа на сайті Страховика <https://universalna.com>. Договір складено у вигляді електронного документа, підписаного електронними підписами шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в інформаційно-телекомунікаційну систему Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. При відтворенні на папері Полісу Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

Підписанням Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладання Договору на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" (надалі – «Закон») Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 та 2 статті 12 Закону; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://universalna.com>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору та Правил 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

СТРАХОВИК

