



ПРОПОЗИЦІЯ
щодо укладення електронного Договору добровільного комплексного страхування здоров'я
на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових
ризиків власника карткового рахунку
(публічна частина)

Дата вчинення:
01.03.2023 р.

1. Дана Пропозиція щодо укладення електронного Договору добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку (надалі – «Пропозиція») Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» (надалі – «Страховик») передбачає порядок укладення електронного Договору добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку (надалі – «Договір») через інформаційно-телекомунікаційну систему (надалі – «ІТС») Страховика або його страхового агента 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».

2. Страховим агентом за Договором є АТ КБ «ПРИВАТБАНК».

3. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку (Додаток № 1 до Пропозиції), надалі – «Умови страхування»/ «Умови», які розроблені відповідно до Правил добровільного страхування від нещасних випадків, Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, Правил добровільного страхування фінансових ризиків, зі змінами та доповненнями, зареєстрованими Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України (Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг) за реєстраційним номером №0271929, №0471928 та №1871935 відповідно, від 26.07.2007 р., надалі – «Правила страхування»/ «Правила»; та на підставі Ліцензій Серії АЕ №293970, №293983, №293994, виданих (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 07.08.2014 р. (строк дії з 26.07.2007 р. безстроково).

4. Пропозиція, Умови страхування (Додаток №1 до Пропозиції) та Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://unika.ua>.

5. Терміни та визначення:

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.

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

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

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.

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.

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

Страхувальник - дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком.

Інші терміни у Договорі вживаються у значенні, наведеному у чинному законодавстві України.

6. Порядок укладення Договору.

6.1. Для укладення Договору потенційний страхувальник (надалі – «Клієнт») повинен ідентифікуватися на WEB-сторінці Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або в персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або в ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання договорів страхування; заповнити електронну заяву, зазначивши відомості, необхідні для укладення Договору. Належним чином оформлена заява вважається заявою на страхування, поданою в електронній формі. Перед укладенням Договору Клієнт обов'язково повинен ознайомитись з умовами Пропозиції, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір.

6.2. Страховик на підставі отриманої через ІТС 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 ІТС.

6.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Публічної частини Договору та умов, викладених у проекті Полісу, вважається вчинення сукупності дій:

а) сплата страхового платежу у передбачені Договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата списання коштів з банківського рахунка Страхувальника;

б) підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором або цифрового власноручного підпису.

6.4. Договір укладається відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

- 6.5.** Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.
- 6.6.** Факт укладення Договору підтверджується Полісом, який разом з Публічною частиною Договору направляється Страхувальнику у формі електронного документу на засіб електронного/мобільного зв'язку, наданого Страхувальником у заяві на страхування.
- 6.7.** 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.
- 6.8.** Дата, час здійснення акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору та обмін повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.
- 6.9.** Номер Договору присвоюється Страховиком після здійснення Клієнтом акцепту відповідно до п. 6.3. даної Пропозиції та зазначається у Полісі.
- 6.10.** Пропозиція дійсна з дати її вчинення та діє до дати відкликання її Страховиком шляхом оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції.

Додаток № 1: Умови добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку

СТРАХОВИК:

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА»

код ЄДРПОУ 20033533

Місцезнаходження: Україна, 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В»

Тел. (044) 225 60 00;

E-mail: office@unika.ua

п/р UA943052990000026500000100919 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

щодо укладення електронного Договору добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку

Умови добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку

1. Загальні положення

1.1. Ці Умови добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку (надалі – «Умови страхування»/ «Умови») є невід'ємною частиною Пропозиції від 01.03.2023 р. щодо укладення електронного Договору добровільного комплексного страхування здоров'я на випадок хвороби, від нещасних випадків та фінансових ризиків власника карткового рахунку (далі – «Договір»).

1.2. Предметом Договору є:

1.2.1. В частині страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування від нещасних випадків - майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

1.2.2. В частині страхування фінансових ризиків - майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з ризиком виникнення фінансових збитків Страховальника внаслідок втрати роботи.

1.3. За Договором Страховик зобов'язується за обумовлену плату (страховий платіж) при настанні зазначених у Договорі подій (страхових випадків) здійснити Страховальнику (Вигодонабувачу) страхову виплату в межах страхової суми та на умовах, зазначених у Договорі.

1.4. Страхове покриття - зобов'язання Страховика щодо здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку, що виникло протягом строку дії Договору.

1.5. Місце дії Договору:

1.5.1. В частині дії страхового випадку відповідно до п. 2.1.5. Умов – Україна.

1.5.2. В частині дії страхового випадку відповідно до п. 2.1.1. - п. 2.1.4. Умов – Увесь світ.

1.5.3. В будь-якому випадку дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права. Дія Договору не поширюється на території проведення воєнних дій будь-якого характеру; тимчасово окупованих, анексованих чи спірних територій, територій невизнаних Україною в установленому порядку держав; територій, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

1.6. Страхова сума за Договором на дату укладання Договору встановлюється в розмірі відповідно до п. 8.1. Полісу.

1.7. За кожний сплачуваний період страхування страхова сума за Договором встановлюється в розмірі, що відповідає відношенню сплаченому Страховальником страхового платежу до страхового тарифу за період страхування відповідно до таблиці:

Страхова сума (за період страхування) грн.	Страховий тариф (за період страхування), %	Страховий платіж (за період страхування), грн.
1,00	0,9	0,009

1 000	0,9	9,00
2 000	0,9	18,00
3 000	0,9	27,00
4 000	0,9	36,00
5 000	0,7	35,00
6 000	0,7	42,00
7 000	0,7	49,00
8 000	0,7	56,00
9 000	0,7	63,00
10 000	0,6	60,00
11 000	0,6	66,00
12 000	0,6	72,00
13 000	0,6	78,00
14 000	0,6	84,00
15 000	0,6	90,00
16 000	0,6	96,00
17 000	0,6	102,00
18 000	0,6	108,00
19 000	0,6	114,00
20 000	0,6	120,00
21 000	0,5	105,00

1.8. Страховий платіж за кожен період страхування визначається на перше число сплачуваного періоду страхування.

1.9. Страхові платежі сплачуються Страховальником до дати початку дії відповідного періоду страхування на рахунок Страховика: IBAN UA943052990000026500000100919 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК", ЄДРПОУ 20033533.

1.10. У випадку ненадходження або сплати страхового платежу із запізненням, страхове покриття за Договором на період відсутності такого страхового платежу становить 1,00 грн.

1.11. Строк дії Договору. Договір укладається строком на 12 (дванадцять) місяців.

1.12. Договір набирає чинності з 00.00 годин 00 хвилин дати, зазначеної у Полісі як дата початку строку дії Договору та діє до 24.00 годин 00 хвилин за київським часом дати закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.

1.13. 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:

- сплати Страховальником страхового платежу за наступний період страхування,

- чинності договору доручення між Страховиком та Страховим агентом, за сприяння якого укладено Договір, на дату продовження дії Договору.

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 Страховальника про припинення дії Договору та протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту Страховальника повертає страхові платежі, сплачені Страховальником за наступні періоди страхування.

1.14. Договором встановлюється період страхування строком в 1 календарний місяць. Кількість періодів страхування: 12 (дванадцять).

Період страхування вважається сплаченим, якщо станом на 15-те число такого календарного місяця Страховальник сплатив страховий платіж, розрахований згідно таблиці п. 8.2., на рахунок Страховика.

Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення Договору.

1.15. Вигодонабувачем за Договором є:

1.15.1. Застрахована особа, зазначена в п. 5. Полісу, - у випадку настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.3. – п. 2.1.5. Умов.

1.15.2. Спадкоємці Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України, - у випадку настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.1. та п. 2.1.2. Умов.

1.16. За Договором встановлюється **період очікування страхового випадку** - проміжок часу з дати набрання чинності Договору, протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Період очікування страхового випадку встановлюється в наступних строках:

1.16.1. 7 (сім) календарних днів з дати набрання чинності Договору - для страхових випадків, визначених в п. 2.1.1.- п. 2.1.4. Умов;

1.16.2. 3 (три) місяці з дати набрання чинності Договору - для страхового випадку, визначеного в п. 2.1.5. Умов.

2. Страхіві випадки

2.1. Страхівими випадками за Договором визнаються наступні події, які сталися або відбулися у строк та у місці дії Договору, та підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судовим рішенням тощо), а саме:

2.1.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби.

2.1.1.1. Випадок, зазначений в п. 2.1.1. Умов, визнається страховим, якщо смерть настала внаслідок захворювання, яке вимагало амбулаторного (амбулаторно-стаціонарного) або стаціонарного лікування, та якщо це захворювання сталося (було виявлено) під час дії Договору.

2.1.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

2.1.3. Стійка непридатність Застрахованої особи (встановлення I, II, III групи інвалідності внаслідок нещасного випадку).

Під інвалідністю Застрахованої особи I, II або III групи внаслідок нещасного випадку Страховик розуміє присвоєння Застрахованій особі I, II або III групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) Міністерства охорони здоров'я України (далі – «компетентна лікарська комісія») на підставі «Інструкції про встановлення груп інвалідності», затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України. Страхове покриття не розповсюджується на випадки визнання Застрахованої особи як особи з інвалідністю I, II або III групи, якщо нещасний випадок, який призвів до цього визнання, відбувся/стався до моменту укладення Договору страхування.

2.1.4. Критичне захворювання, а саме: злоякісне новоутворення, інфаркт міокарда, інсульт головного мозку (ішемічний інсульт, геморагічний інсульт), аортокоронарне шунтування, трансплантація життєво важливих органів, ниркова недостатність.

2.1.4.1. Під критичним захворюванням визнаються: перенесення Застрахованою особою у період дії Договору страхування операцій на зазначені в п. 2.1.4. захворювання, які вперше виникли, та вперше виявлені (діагностовані) у період дії Договору страхування.

2.1.4.2. Новоутворення - це типовий патологічний процес представлений новоутвореною тканиною, зміна генетичного апарату клітин якої призводить до порушення їх росту та диференціювання.

Злоякісні новоутворення - це патологічний процес, котрий розвивається внаслідок пошкодження геному соматичної клітини та характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин та інвазією тканин, включаючи лейкомію.

2.1.4.2.1. В рамках цього Договору до виключень із страхових випадків відносяться: неінвазивний рак, виявлений у першій стадії, пухлини за наявності будь-якого вірусу ВІЛ-інфекції та будь-який рак шкіри, окрім інвазивної злоякісної меланоми.

2.1.4.3. Гострий інфаркт міокарду (ІМ) - це одна з форм ІХС, що розвивається з ішемічним некрозом серцевого м'яза, зумовленим раптовим припиненням коронарного кровообігу внаслідок тромбозу коронарної судини.

2.1.4.3.1. Підтвердження ІМ здійснюється оригіналами медичної документації:

А) Ішемічними змінами в електрокардіограмі, а саме: зміною сегментів ST-T (депресія або елевация сегмента ST – створення дуги Парді), появою нових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового паталогічного зубця Q.

Б) Біохімічними змінами: підвищенням серцевого біомаркери «Тропонін» (Тропонін > 1,0 нг/мл, АссuTnl > 0,5 нг/мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропоніна I) та рівнів КФК, АСТ, ЛДГ.

2.1.4.4. Інсульт головного мозку - це гостре порушення мозкового кровообігу внаслідок кровотечі, емболії або тромбозу, що призводить до пошкодження частини головного мозку та супроводжуються появою неврологічного дефіциту незворотного характеру з об'єктивними неврологічними і патологічними змінами які діагностовано невропатологом та/або підтверджені даними інструментальної діагностики (МРТ, КТ або іншими методами нейровізуалізації).

2.1.4.4.1. В рамках цього Договору не визнаються страховими випадками:

А) Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом (транзиторні ішемічні атаки).

Б) Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травм, інфекцій, інфекційного васкуліту і запальних захворювань.

В) Безсимптомний (без клінічних ознак та неврологічного дефіциту), прихований інсульт, виявлений методами нейровізуалізації.

2.1.4.5. Аортокоронарне шунтування – операція, проведена на відкритому серці шляхом стернотомії незалежно від захворювання, яке призвело до операції, для радикального лікування стенозу (закупорки однієї або більше) коронарних артерій. Підтвердженням необхідності в шунтуванні є результат передопераційної коронарографії, що свідчить про значне (більше 70%) звуження просвіту судини.

2.1.4.6. Трансплантація життєво важливих органів - операція з пересадки серця, легенів, печінки, нирки, підшлункової залози, кісткового мозку або органокomплексу. Страховим випадком є трансплантація органу, яка проведена у зв'язку із захворюванням, що вперше виникло та діагностовано у житті Застрахованої особи під час дії Договору, та яке призвело до неадекватності функції органу та за умови, при якій:

А) Органна недостатність однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями та лікарем-спеціалістом.

Б) Для трансплантації кісткового мозку знадобилось видалення власного кісткового мозку Застрахованої особи.

В) Інші трансплантації органів та тканин виключаються зі страхового покриття.

2.1.4.7. Ниркова недостатність - термінальна стадія захворювання нирок, що характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, в результаті якого проводиться регулярний діаліз (гемодіаліз або перитонеальний діаліз) або існує необхідність проведення трансплантації донорської нирки. Випадок визнається страховим, якщо:

А) Факт наявності хронічної ниркової недостатності підтверджений результатами медичних обстежень та висновком фахівця-нефролога.

Б) Всі випадки гострої ниркової недостатності є виключенням та не підпадають під страхове покриття.

2.1.5. Понесення фінансових збитків Страхувальником внаслідок втрати ним постійного місця роботи.

2.1.5.1. Під «втратою постійного місця роботи» розуміється звільнення Застрахованої особи з основного постійного місця роботи протягом строку дії Договору страхування з ініціативи роботодавця (власника або уповноваженого ним органу) лише в таких випадках: зміна в організації виробництва і праці, в тому числі ліквідація, банкрутство, реорганізація або перепрофілювання підприємства, установи, організації, скорочення чисельності або штату працівників (п. 1 ст. 40 КЗпП України).

2.2. Нещасним випадком за Договором слід вважати раптову, випадкову, короточасну, непередбачувану та незалежну від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, спадкоємця) подію, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу тварини, правець) Застрахованої особи або її смерть.

Нещасними випадками також є наступні події, які призвели до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи: утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб.

2.3. Зазначена в пункті 2.1.1. Умов подія визнається страховим випадком, якщо смерть Застрахованої особи виникла внаслідок первинного захворювання (або загострення захворювання) в період дії Договору, що настала під час дії Договору або **впродовж 6 (шести) місяців** від дня виникнення (загострення) захворювання.

2.4. Зазначена в пункті 2.1.2. Умов подія визнається страховим випадком, якщо вона наступила **впродовж 12 (дванадцяти) місяців** з дати настання нещасного випадку.

3. Права та обов'язки Сторін

3.1. Страховик зобов'язаний:

3.1.1. Ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з Правилами та умовами страхування.

3.1.2. 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.

3.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені умовами Договору.

3.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті **протягом 10 робочих днів** після прийняття рішення.

3.1.5. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника і

його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. Своєчасно сплачувати страхові платежі.

3.2.2. При укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

3.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором.

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

3.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбачені Договором.

3.2.6. Для вирішення питання про здійснення страхової виплати надати Страховику документи, зазначені у Розділі 5 Умов.

3.2.7. Протягом 2 (двох) робочих днів з дати виникнення відповідних обставин впродовж строку дії Договору надавати Страховику письмову інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в т. ч. про стан здоров'я Застрахованої особи, професію, заняття спортом, наявність інвалідності, травм, хвороб, хворобливих станів) та збільшують ризик настання страхових випадків за Договором та які прямо чи опосередковано можуть бути причинами настання страхових випадків. В разі, якщо таке інформування з поважних причин не може бути здійснене Страхувальником (Застрахованою особою), до належного виконання зазначеного обов'язку прирівнюється надання зазначеної інформації близьким родичем Страхувальника (Застрахованої особи) та/або їх представником. Поважність причин пропуску строку інформування повинен письмово довести Страхувальник (Застрахована особа) або їх правонаступники.

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

3.2.8. До укладення Договору Страхувальник зобов'язаний отримати згоду Застрахованих осіб на укладання Договору на їх користь та згоду на обробку Страховиком їх персональних даних відповідно до п.10.7. Умов, а також інформацію про стани/захворювання/рід діяльності/занять Застрахованих осіб, яка декларується Страхувальником під час укладення Договору; ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування.

3.3. Страховик має право:

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

3.3.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду). При цьому, Застрахована особа надає право

Страховику отримувати у зазначених вище закладах, організаціях та установах будь-яку інформацію стосовно стану свого здоров'я, у тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею.

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

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

3.3.5. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про обставини, що відповідно до чинного законодавства України або Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату.

3.3.6. 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.

3.3.7. У разі виникнення сумнівів щодо причин і обставин страхового випадку, відстрочити здійснення страхової виплати до їх з'ясування на строк, що не може перевищувати **30 (тридцять) робочих днів**.

3.3.8. При наявності сумнівів щодо достовірності документів та відомостей, які надані Страховику для здійснення страхової виплати – відстрочити її до отримання підтвердження їх достовірності, але цей термін не може перевищувати **6 (шести) місяців**.

3.3.9. 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).

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

3.4. Страхувальник має право:

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

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

3.4.3. Ініціювати внесення змін в умови Договору.

3.4.4. 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.

3.4.5. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

3.4.6. 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 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відмови Страхувальника від Договору.

3.5. Застрахована особа має право:

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

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

3.5.3. Одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

3.6. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 3 (трьох) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку, електронної адреси Страхувальника).

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

4. Порядок зміни і припинення дії Договору

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

4.1.1. закінчення строку його дії;

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

4.1.3. ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхового платежу протягом 12 (дванадцяти) місяців поспіль;

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

4.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

4.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

4.1.7. 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.

4.1.7.1. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі, оплачені за останній період страхування за період, що залишився до закінчення дії періоду страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового платежу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором що розраховується за формулою:

$$\text{СПП} = \text{СПС} - \text{СПФ} - \text{ВВС} - \text{ФВВ}, \text{ при цьому:}$$

СПП - Сума страхового платежу, що підлягає поверненню;

СПС - Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником;

СПФ - Страховий платіж за фактичний Строк дії Договору $= \text{ПЗ} / \text{ЗС} \times \text{ДФ}$, де:

ЗС - Загальний строк дії Договору в днях;

ПЗ - Загальний Страховий платіж за Договором;

ДФ - Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним.

$$\text{ВВС} - \text{Нормативні витрати на ведення справи} = \text{СПЗ} \times 30\%, \text{ де:}$$

$$\text{СПЗ} - \text{Страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору} = \text{ПЗ} / \text{ЗС} \times \text{ДЗ};$$

ДЗ - Кількість днів, що залишились до закінчення дії Договору в днях;

ФВВ - Фактичні виплати страхового відшкодування здійснені Страхувальнику включаючи гарантовані страхові виплати.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику страховий платіж в повному розмірі, сплачені ним протягом останнього періоду страхування.

4.1.7.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом останнього періоду страхування страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, оплачені за останній період страхування за період, що

залишився до закінчення дії період у страхування, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового - платежу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором відповідно до формули, що наведена в п. 4.1.7.1. Умов.

4.1.7.3. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

4.2. 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.

Сторона-ініціатор внесення змін чи доповнень до Договору направляє іншій Стороні відповідну пропозицію, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору.

Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в десятиденний 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 разі відхилення пропозиції Договір достроково припиняє свою дію за згодою Сторін з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію, якщо інший строк не зазначений у пропозиції.

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. Додаткова угода також може бути підписана Страхувальником шляхом використання аналогу його власноручного підпису (цифровим власноручним підписом).

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. 3.6 Умов за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

5. Умови здійснення страхових виплат

5.1. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) у строк **не пізніше 30 (тридцяти) робочих днів** з дня отримання травматичного ушкодження або закінчення лікування або звільнення, а у випадку смерті Застрахованої особи — спадкоємець (-ці) у строк **не пізніше 12 місяців** з дня настання події, повинні звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку.

5.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинні надати Страховику заяву про настання страхового випадку та отримання страхової виплати, Договір страхування, копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (ідентифікаційного номера),

копію паспорта або документа, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, а також документи, що підтверджують настання страхового випадку. 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:

5.2.1. у разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п. 2.1.1. або п. 2.1.2. Умов:

5.2.1.1. копію свідоцтва про смерть, засвідчену нотаріально;

5.2.1.2. один із наступних документів медичного закладу, що підтверджує діагноз Застрахованої особи:

а) виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого — форма 027/о, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110;

б) виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2007 року N 629) для випадків онкологічних захворювань;

в) інший документ, завірений оригінальною печаткою медичного закладу, що містить необхідну інформацію із зазначенням діагнозу, анамнезу захворювання та датою його (захворювання) первинного виявлення (діагностування) та виникнення.

5.2.1.3. для спадкоємців — копія свідоцтва про право на спадщину, засвідчену нотаріально.

5.2.2. у разі настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.3. Умов:

5.2.2.1. довідку МСЕК про встановлення групи інвалідності;

5.2.2.2. медична картка амбулаторного хворого і/або виписки із історії хвороби, які містять повний діагноз, відомості про лікувальний процес, причини скерування на огляд МСЕК, прізвище, ініціали, печатку лікаря, який підготував виписку;

5.2.2.3. акт (копію акту) про нещасний випадок, завірений оригінальною печаткою закладу, який склав акт форми НТ, затвердженої Постановою КМУ №270 від 22.03.2001р., з урахуванням попередніх змін, та змін від 11 лютого 2016 N 76.

5.2.3. У разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п. 2.1.4. Умов — один із наступних документів, що підтверджує діагноз Застрахованої особи:

5.2.3.1. виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого — форма 027/о, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110;

5.2.3.2. виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о, що затверджена Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2007 року N 629) для випадків онкологічних захворювань;

5.2.3.3. інший документ, завірений оригінальною печаткою медичного закладу, що містить необхідну інформацію із зазначенням діагнозу, анамнезу захворювання та датою його (захворювання) первинного виявлення (діагностування) та виникнення.

5.2.4. У разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п. 2.1.5. Умов:

5.2.4.1. копію трудової книжки (всі сторінки), яка підтверджує дату і причину звільнення Страхувальника;

5.2.4.2. копію наказу про звільнення Страхувальника з постійного місця роботи із визначенням причин такого звільнення, засвідчена роботодавцем (на вимогу Страховика);

5.2.4.3. копія рішення щодо припинення юридичної особи (роботодавця) або копія рішення суду про ліквідацію юридичної особи (роботодавця) (у випадку примусової ліквідації) (на вимогу Страховика);

5.2.4.4. оригінал довідки, виданої органом державної служби зайнятості населення, яка підтверджує реєстрацію Страхувальника в органах служби зайнятості як безробітного або громадянина, що шукає роботу (на окрему вимогу Страховика).

5.2.5. Якщо подія відбулася за межами території України, Страховику повинні бути представлені медичні та інші документи, що дозволяють ідентифікувати факт настання нещасного випадку та характер отриманих ушкоджень. Якщо документи складено іншою, ніж однією з європейських мов, вони повинні підтверджуватися наданням нотаріально завіреного (апостильованого) перекладу або наданням перекладу ліцензованого бюро перекладу. Витрати по збору зазначених документів та їх перекладу оплачує Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач).

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

5.2.7. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємця інші документи про обставини і причини страхового випадку (документи органів МВС про дорожньо-транспортну пригоду, висновки правоохоронних органів, довідку з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією про вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього, якщо дослідження на вміст алкоголю у крові виконувалось; інші висновки медичних закладів; тощо), а також інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків або надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг.

У передбачених законом випадках та за запитом Страховика Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом 3 (трьох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

5.2.8. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 5.2. Умов, в тому числі в електронному вигляді.

5.2.8.1. 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.

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

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

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

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

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

5.2.8.3. 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.

5.3. Страхова виплата при настанні страхового випадку, передбаченого Договором, здійснюється Страховиком у розмірах, зазначених в Розділі 6 Полісу.

5.4. Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання заяви про страхову виплату і документів, передбачених п. 5.2. Умов, приймає рішення про здійснення або про відмову в здійсненні страхової виплати, яке оформляється Страховим актом.

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

Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на один з його рахунків, відкритих в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», на будь-який інший, зазначений у заяві на страхову виплату страхового відшкодування.

У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата здійснюється 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.

5.6. У разі настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.1., п. 2.1.2. Умов, страхова виплата здійснюється в розмірі 100% від страхової суми за Договором на дату настання страхового випадку.

5.7. У разі настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.3 Умов., страхова виплата здійснюється в розмірі:

5.7.1. 90% від страхової суми за Договором на дату настання страхового випадку – у випадку присвоєння Застрахованій особі I групи інвалідності внаслідок нещасного випадку;

5.7.2. 75% від страхової суми за Договором на дату настання страхового випадку – у випадку присвоєння Застрахованій особі II групи інвалідності внаслідок нещасного випадку;

5.7.3. 50% від страхової суми за Договором на дату настання страхового випадку – у випадку присвоєння Застрахованій особі III групи інвалідності внаслідок нещасного випадку.

5.8. У разі настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.4. Умов., страхова виплата здійснюється в розмірі 75% від страхової суми за Договором на дату настання страхового випадку.

5.9. У разі настання страхового випадку відповідно до п. 2.1.5. Умов., страхова виплата здійснюється в розмірі 100% від страхової суми за Договором на дату, що передуює даті, коли Застрахованій особі роботодавцем було повідомлено про звільнення з постійного місця роботи.

При цьому із суми страхової виплати Страховик, як податковий агент, утримує та перераховує до Державного бюджету податок на доходи фізичної особи та інші передбачені діючим законодавством збори та податки у розмірі, передбаченому діючим законодавством на дату здійснення страхової виплати.

6. Виключення із страхових випадків та причини відмови у страховій виплаті

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

6.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним(и) 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 (Застрахованої особи, Вигодонабувача), встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

6.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем), умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

6.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет страхування або про факт настання страхового випадку.

6.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, зазначені в розділі 8 Умов, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

6.1.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам п. 5.3. Умов.

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

6.1.7. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін.

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

6.1.9. Страховими не вважаються випадки, що сталися із Застрахованою особою, якщо вона на момент укладання цього Договору страхування та/або до моменту настання страхового випадку: знаходилась на освідченні медико-соціальної експертної комісії (надалі - МСЕК); перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних та інших диспансерах; хворіла на СНІД або була ВІЛ – інфікована; мала інвалідність I, II групи.

6.1.10. Інші випадки, передбачені законодавством України.

6.1.11. Звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи, пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту настання нещасного випадку.

6.1.12. Страхова виплата не здійснюється, якщо страховий випадок стався протягом періоду очікування страхового випадку, а також в несплачений період страхування.

6.2. Не визнаються страховими випадки, що відбулися внаслідок:

6.2.1. вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;

6.2.2. спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

6.2.3. воєнних дій, групового порушення громадської безпеки і порядку, масових заворушень, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;

6.2.4. проведення заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи громадянської влади та політичних організацій;

6.2.5. порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;

6.2.6. самолікування;

6.2.7. подій, що сталися поза межами території дії та строку дії Договору;

6.2.8. скоєння Застрахованою особою злочину чи інших протиправних дій (бездіяльності);

6.2.9. скоєння Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину чи інших протиправних дій, що призвели до заподіяння шкоди життю чи здоров'ю Застрахованої особи;

6.2.10. керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління нею особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом;

6.2.11. нараження Застрахованою особою себе невинуватному ризику; навмисного завдання Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

6.2.12. нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою під час перебування у тюремному ув'язненні;

6.2.13. ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження;

6.2.14. занять екстремальними видами спорту та розваг (включаючи але не обмежуючись: альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з

будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розваг, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин);

6.2.15. заняття професійним спортом. В межах цього Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

6.3. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату за Договором по відношенню до тих подій, що мають ознаки страхового випадку, які сталися в результаті дії непереборних сил і які мають виключний, неминучий, непередбачуваний характер: стихійних лих (землетрусу, виверження вулкану, повені, урагану, зсуву ґрунту, сходження селєвих потоків чи снігових лавин тощо), інших обставин.

6.4. Випадки, визначені в п. 2.1.1. – 2.1.4. Умов, не вважаються страховими, якщо пов'язані з будь-якими хворобами або нещасними випадками та їх наслідками, якщо такі хвороби або нещасні випадки виникли або сталися до моменту укладення Договору.

6.5. В будь-якому випадку не вважається страховим випадком смерть (відповідно до п. 2.1.1. та п. 2.1.2. Умов), що сталася внаслідок: самогубства; скоєння Застрахованою особою протиправних дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину; дій Застрахованої особи, здійснених у стані алкогольного (наркотичного або токсичного) сп'яніння. Страхові виплати за подіями, зазначеними у попередньому реченні, не здійснюватимуться.

6.6. Страховим не вважається випадок, зазначений в п. 2.1.1. – п. 2.1.4 Умов, що стався із Застрахованою особою, якщо вона на момент укладання Договору та/або до моменту настання такого випадку:

6.6.1. перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах;

6.6.2. мала інвалідність I або II групи з будь-якої причини;

6.6.3. мала встановлений діагноз одного з критичних захворювань з переліку п. 2.1.4. Умов;

6.6.4. мала хронічні захворювання в стадії декомпенсації, перенесла інфаркт, інсульт, значні травматичні ушкодження з ураженням нервової системи, є ВІЛ-інфікованою або страждає на СНІД, онкологічні захворювання, цукровий діабет, декомпенсовані ендокринні порушення, епілепсію, психічні захворювання, демієлінізуючі захворювання нервової системи, системний червоний вовчак, системну склеродермію, ревматизм, ішемічну хворобу серця та хронічні порушення серцевого ритму, гіпертонічну хворобу 3-4 ступенів, хронічні захворювання нирок, хронічні захворювання печінки, хвороби крові та кровотворної системи, бронхіальну астму важкого ступеня, туберкульоз, або хвороби, що потребують постійного медичного спостереження, лікування або прийому медичних препаратів.

6.6.5. Страховим не вважається випадок, зазначений в п. 2.1.5 Умов, що стався із Застрахованою особою, якщо вона на момент укладання цього Договору та/або до моменту настання такого випадку:

6.6.5.1. мала трудовий стаж на останньому місці роботи менше 12 (дванадцяти) місяців;

6.6.5.2. працювала на підприємствах (установах) із загальною кількістю працівників менше 10 осіб;

6.6.5.3. відноситься до приватних підприємців, військовослужбовців, осіб, які проходять службу за відповідними Законами/положеннями тощо, фрілансерів, сумісників, самозайнятих осіб, а також акціонерів, що працюють в компанії, в якій їм належить більше 10% акцій;

6.6.5.4. була звільнена з основного постійного місця роботи протягом перших 3 (трьох) місяців з дати набрання чинності Договору, після надходження страхового платежу у разі несплати страхового платежу у строк, що визначений Договором;

6.6.5.5. не досягла віку 20 років або досягла віку 60 років.

7. Не можуть бути Застрахованими особами наступні особи:

1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

2) психічно хворі;

3) з інвалідністю I, II групи;

4) онкологічно хворі, хворі на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфіковані, а також які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах;

5) особи віком менше 18 (вісімнадцять) років та понад 85 (вісімдесят п'ять) років.

У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених пп.1) – 5) Розділу 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.

8. Дії Страхувальника, Застрахованої особи при настанні страхового випадку

8.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник або його родич (можливий спадкоємець) повідомляє Страховика (представника Страховика) про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки за телефоном: **3700**.

8.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 2.1.1.- 2.1.2. Умов Страхувальник (родич, спадкоємець Застрахованої особи) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки у строк **не пізніше 6 (шести) місяців** з дня настання події.

8.3. У разі настання страхового випадку, зазначеного в 2.1.3-2.1.4. Умов, Страхувальник (Застрахована особа, родич Застрахованої особи) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки у строк **не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів** з дня отримання травматичного ушкодження або встановлення діагнозу.

8.4. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 2.1.5. Умов Страхувальник (Застрахована особа) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки у строк **не пізніше 48 (сорок вісім) годин** з дня настання події.

9. Відповідальність Сторін

9.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої

страхової виплати за кожний робочий день прострочення здійснення страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла в період нарахування пені.

9.2. Сторони за взаємною згодою встановлюють, що в разі виникнення між ними спору, пов'язаного з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором, на період з дати прийняття Страховиком рішення за подією до виконання судового рішення згідно з постановою органу виконавчої служби Сторони не несуть відповідальності у вигляді пені, штрафних санкцій, інфляційних нарахувань та інших санкцій, пов'язаних з неналежним виконанням зобов'язань за Договором.

9.3. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.

9.4. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених цим Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

9.5. Сторони звільняються від відповідальності за неналежне виконання зобов'язань по Договору при настанні обставин непереборної сили на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових заворушень, страйків, закатів, актів тероризму, воєнних дій тощо. Для Сторони, яка потрапила під дію обставин непереборної сили, строк виконання зобов'язань, виконання яких перешкоджала непереборна сила, відкладається на час дії обставин непереборної сили. Сторона, для якої склалися обставини, що призвели до неможливості виконання договірних зобов'язань внаслідок настання зазначених обставин, повинна негайно, не пізніше 3 (трьох) календарних днів з моменту їхнього виникнення, у письмовій формі проінформувати про це іншу Сторону. Несвоєчасне інформування про обставини непереборної сили позбавляє відповідну сторону права посилаючись на них. Належним доказом існування форс-мажорних обставин є сертифікат Торгово-промислової палати України, або регіональної Торгово-промислової палати, або документ, виданий іншим компетентним органом, підприємством чи установою.

10. Інші умови за згодою Сторін

10.1. З усіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Законом України "Про страхування" та Правилами.

10.2. Спори, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди - у порядку, встановленому законодавством України.

10.3. Якщо інше не передбачено Договором, усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, які зазначені у реквізитах, або направлені з використанням ІТС, електронних адрес Сторін, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Страховик та страховий агент також можуть направляти повідомлення Страхувальнику в інший спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення.

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата

відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІТС; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 3.6 Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

10.4. Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

10.5. Укладанням Договору Страхувальник підтверджує: що за останні 12 місяців, які передують укладенню Договору, Застрахована особа не зверталася за медичною допомогою, обстеженням чи консультацією у зв'язку із одним і тим самим захворюванням більш ніж один раз; на момент укладення Договору жодній Застрахованій особі не присвоєно I, II група інвалідності, а також не існує передумов для отримання групи інвалідності; на момент укладення Договору жодна Застрахована особа не здійснює професійну діяльність, хобі та/або не займається екстремальними видами спорту з підвищеними ризиками для життя.

10.6. Всі Застраховані особи за цим Договором добровільно погодилися на страхування на умовах, зазначених у Договорі, та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (в т. ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не надали згоди на страхування та/або не були попереджені Страхувальником про страхування за Договором, Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував.

10.7. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну необмежену строком згоду на обробку їх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), а саме згоду на:

(1) на передачу персональних даних Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: у зв'язку із (1а) укладенням та супроводженням Договору; (1б) з'ясуванням обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів,

рятувальних служб тощо); (1в) перевіркою належності Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів до осіб, на яких поширюється дія санкцій; (1г) проведенням маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідженням рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика; (2) на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про наступне: (1) з моменту укладення Договору їх персональні дані будуть включені до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, та/або баз персональних даних Партнерів з місцезнаходженням таких персональних даних за адресою місцезнаходження Страховика та/або Партнерів відповідно; (2) персональні дані обробляються в обсязі, що міститься в Договорі та інших документах, поданих Страхувальником/Застрахованими особами/Вигодонабувачами Страховику під час укладення Договору, та/або тих документах, які будуть отримані Страховиком під час виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб; (3) свої права відповідно до Закону.

У випадку укладення Договору Страхувальником - юридичною особою для цілей цього пункту під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, який уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника.

10.8. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю)

надаються закладом охорони здоров'я Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо закладу охорони здоров'я).

У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від закладу охорони здоров'я інформацію та/або документи, що визначені цим Договором для встановлення факту та/або обставин, причин, наслідків настання страхового випадку, то відповідно, Страховик не може виконати свої зобов'язання за цим Договором стосовно відповідної Застрахованої особи. У цьому разі жодні претензії щодо порушення Страховиком зобов'язань за Договором стосовно відповідної Застрахованої особи не приймаються до розгляду та не підлягають задоволенню, та Страховик звільняється від відповідальності за Договором стосовно Застрахованої особи, яка не надала згоду на поширення своїх даних, що становлять лікарську таємницю.

10.9. Положення про виключення та санкції. Незважаючи на інші положення цього Договору, цей Договір забезпечує страхове покриття в тій мірі, наскільки дане страхове покриття не суперечить жодним економічним, торговим або фінансовим санкціям та/або ембарго Ради Безпеки ООН (ООН), Європейського Союзу (ЄС) або будь-якого національного законодавства, яке застосовується щодо сторін цього Договору. Це стосується також економічних, комерційних чи фінансових санкцій та/або ембарго, ініційованих Сполученими Штатами Америки чи іншими країнами, в тій мірі, наскільки вони не суперечать законодавству Європейського Союзу (ЄС) або місцевому законодавству.