

1. Загальні положення. Визначення понять та термінів.

1.1. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «Життя і Відповідальність» (надалі – Умови) є невід’ємною частиною договору страхування життя за стандартним страховим продуктом «Життя і Відповідальність» (надалі – Договір).

1.2. Умови затверджені Наказом №50 від 08.08.2025 р., вступають в дію з 22.08.2025 р. та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням: https://uniga.ua/storage/insurance-products/reports-files/9007_umovy_22.08.2054.pdf.

1.3. Договори за цим страховим продуктом укладаються за класом страхування 19 «Страхування життя (інше, ніж передбачено класами 20, 21, 22, 23)», що включає основний ризик у межах класу страхування – страхування життя застрахованої особи, а також допоміжні ризики.

1.4. За Договором Страховик за обумовлений у Договорі Страховий платіж здійснює страхування життя особи (надалі – **Застрахована особа**) зазначеної у п.5 Договору.

1.5. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі:

Вигодонабувач – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору та/або відповідно до законодавства. За цими Умовами Вигодонабувачем є юридична або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору для одержання Страхової виплати у разі настання Страхового випадку. В період дії Договору до настання Страхового випадку, Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово.

Викупна сума – сума грошових коштів, що виплачується Страховиком Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором або законодавством) у разі дострокового припинення дії Договору.

Госпіталізація / лікування в умовах стаціонару / стаціонарне лікування – цілодобове перебування та проходження курсу лікування в закладах охорони здоров’я, акредитованих належним чином, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ТМД), а саме: в багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ) першого та другого рівнів, багатопрофільній дитячій лікарні (клінічній лікарні) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ), лікарні відновлювального лікування (далі - ЛВЛ), лікарні планового лікування (далі - ЛПЛ), хоспісі, спеціалізованому медичному центрі (далі - СМЦ), багатопрофільній обласній лікарні (клінічній лікарні), багатопрофільній обласній дитячій лікарні (клінічній лікарні), високоспеціалізованому медичному центрі (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 закладу охорони здоров’я та може бути перевірено Страховиком, необхідність якого була викликана нещасним випадком або хворобою, які сталися протягом строку дії Договору (під час дії страхового покриття). Не вважаються госпіталізацією/лікуванням в умовах стаціонару/стаціонарним лікуванням лікування в умовах денного стаціонару, стаціонару на дому, будь-якого іншого виду амбулаторного лікування.

Допоміжні ризики - страхові ризики, інші, ніж основні ризики, пов’язані з життям, здоров’ям та/або працездатністю Застрахованої особи (уключаючи смерть у результаті нещасного випадку, травми, критичні захворювання, хвороби, тілесні ушкодження, тимчасову та/або постійну (стійку) втрату застрахованою особою працездатності), які можуть бути включені до Договору додатково до основних ризиків;

Інвалідність – міра втрати здоров’я у зв’язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов’язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист. Факт наявності інвалідності Застрахованої особи встановлюється медико-соціальною експертною комісією Міністерства

охорони здоров'я України або аналогічним компетентним органом іншої держави, громадянином якої є Застрахована особа.

Інформаційно-комунікаційна система (надалі – ІКС) – сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле.

Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність, якої є об'єктом страхування за Договором. За цим страховим продуктом Застрахованою особою є фізична дієздатна особа віком від 1 року до 65 років (включно), на користь якої укладено Договір. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника. Для цілей Договору, вік Застрахованої особи розраховується як різниця між роком народження Застрахованої особи та роком, у якому Застрахована особа приєднується до Договору. Особами, застрахованими згідно з Договором, не можуть бути:

- 1) особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДОМ;
- 2) особи, визнані в установленому порядку недієздатними;
- 3) особи з інвалідністю I, II групи, діти з інвалідністю;
- 4) особи, які мають онкологічні захворювання, та/або тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи (включаючи але не обмежуючись наступними: вади серця, хронічна недостатність кровообігу ІА, ІБ, ІІІ ст, перенесений гострий коронарний синдром інфаркт міокарду) та/або ниркову недостатність, особи, що страждають інсулінозалежним цукровим діабетом;
- 5) особи, які мають хронічні захворювання нервової системи (включаючи, але не обмежуючись епілепсією, наслідками інсультів);
- 6) особи, які вживають наркотичні (токсичні) речовини з метою наркотичного (токсичного) отруєння;
- 7) особи, які страждають алкоголізмом;
- 8) особи, які перебувають у місцях позбавлення волі.

У випадку повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою неправдивої інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи та/або наявності обставин (однієї чи декількох), визначених вище у п. 1) – 8), до дати початку дії страхового покриття за Договором у відношенні до такої Застрахованої особи, 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.

Компетентні органи – державні органи (установи, організації), до компетенції яких, згідно чинного законодавства України або іншої держави, громадянином якої є Застрахована особа, належить визначення фактів та/або обставин подій, які вважаються Страховими випадками відповідно до Договору, та оформлення (засвідчення) відповідних підтверджуючих документів.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи, Вигодонабувача, Страхувальника та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи.

Обставини непереборної сили (форс-мажор) – події, які унеможливають виконання Сторонами Договору їх обов'язків, визначених Договором, у тому числі: військові дії та їх наслідки; терористичні акти; піратські дії; масові заворушення; страйки; заколоти; введення надзвичайного або особливого стану; бунти; путчі; державні перевороти; змови; повстання; революції; вплив ядерної енергії, радіації або радіоактивного забруднення; конфіскації; реквізиції; знищення або пошкодження майна за розпорядженням цивільної або військової влади, інші дії органів державної влади; набуття чинності законодавчими та підзаконними актами, які унеможливають виконання Сторонами їх обов'язків, визначених Договором.

Основні ризики - страхові ризики, пов'язані з життям Застрахованої особи, включення до договору страхування життя одного чи кількох з яких є обов'язковим. За цим страховим продуктом основним ризиком є смерть застрахованої особи.

Період виживання – встановлений Договором проміжок часу тривалістю 30 (тридцять) календарних днів, що розпочинається з дати первинного діагностування у Застрахованої особи

критичного захворювання або проведення операції з числа тих, що входять до визначення терміну «Критичне захворювання» згідно з умовами Договору. Якщо Застрахована особа вмирає протягом Періоду виживання, Страхова виплата за допоміжним страховим ризиком **Критичне захворювання** Застрахованої особи відповідно до п. 5.4.2.2 Умов Страховиком не здійснюється.

Передіснуючий стан – будь-які порушення здоров'я, захворювання та/або клінічні стани Застрахованої особи (включаючи вроджені захворювання, аномалії та/або пороки органів, за виключенням вродженої сліпоти або глухоти) та/або симптоми та обставини, які Застрахована особа вже мала до дати початку дії страхового покриття за Договором у відношенні до такої Застрахованої особи, та/або про які вона могла бути обізнаною (незалежно від того, чи було їй поставлено медичний діагноз), зокрема:

- 1) такі, стосовно яких Застрахована особа зверталася за медичною допомогою; або
- 2) які були діагностовано у Застрахованої особи як захворювання або як такі, що є ознакою захворювання; або
- 3) такі, що потребують або можуть потенційно потребувати медичної допомоги для Застрахованої особи; або
- 4) такі, стосовно яких Застрахованій особі надавалося або рекомендувалося лікування, медична допомога, консультація лікаря, лікарський догляд, виписувалися ліки; або
- 5) такі, стосовно яких Застрахована особа очікує отримати результати аналізів та/або має намір здійснити медичне обстеження, лікування та/або отримати консультацію лікаря; або
- 6) такі, що мали місце, однак були проігноровані Застрахованою особою.

Період очікування – встановлений Договором проміжок часу тривалістю 90 (дев'яносто) календарних днів, що розпочинається з дати початку дії страхового покриття за Договором у відношенні відповідної Застрахованої особи. Протягом Періоду очікування події, які відповідають визначенню Допоміжного страхового ризику **Критичне захворювання** Застрахованої особи відповідно до п. 5.4.2.2 Умов, не визнаються Страховими випадками та Страхові виплати за ними не здійснюються. При подовженні Страховиком стосовно визначеної Застрахованої особи строку дії Договору, який передбачає покриття ризику Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 5.4.2.2 Умов, на діючих умовах, Період очікування повторно не застосовується.

Період страхування - визначений у п.11 Договору проміжок часу, за який сплачується відповідний страховий платіж. У рамках загального строку дії Договору встановлюються Річні періоди страхування тривалістю один рік.

Смерть – припинення фізіологічних функцій організму Застрахованої особи, які підтримують її життєдіяльність, зафіксоване лікарем належним чином шляхом оформлення акту констатації смерті або аналогічного за змістом і призначенням документу.

Споживач - фізична особа, яка звернулася за отриманням або отримує страхову послугу для задоволення особистих потреб, не пов'язаних з підприємницькою або незалежною професійною діяльністю, а також інші особи, визначені Договором як Застраховані особи та/або Вигодонабувачі, які є фізичними особами, або інші фізичні особи, які мають право на отримання Страхової виплати.

Стандартний страховий продукт – страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору та/ або законодавства.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору та/або законодавства зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку.

Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону. Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі або відповідно до законодавства.

Страховий платіж (Страхова премія) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором. Страховий платіж за кожним страховим ризиком розраховується як добуток страхового тарифу та страхової суми за відповідним страховим ризиком.

Страховий продукт - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

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

Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

Тілесне ушкодження (травма) – порушення фізичної цілісності, внутрішніх або зовнішніх функцій організму Застрахованої особи, яке сталося протягом строку дії Договору внаслідок нещасного випадку або лікарських маніпуляцій та передбачене Таблицею «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою» (Додаток №2 до Договору).

Хірургічне втручання - це механічна дія на органи і тканини, за допомогою різних способів роз'єднання та сполучання тканин із застосуванням знеболення, з метою оголення хворого органа і виконання на ньому лікувальних або діагностичних маніпуляцій.

1.6. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених в Умовах, та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

1.7. Якщо інше не визначено Договором, то значення термінів, які у Договорі вжито з великої літери, відповідає значенню, визначеному в цих Умовах.

1.8. Грошові зобов'язання Страховика та Страхувальника в Договорі можуть бути встановлені у гривнях або доларах США. Розрахунки між Страховиком та Страхувальником здійснюються у гривнях, за офіційним курсом НБУ:

1.8.1. на дату сплати Страхового платежу - при сплаті Страхових платежів;

1.8.2. на дату затвердження страхового акту – у разі здійснення страхової виплати;

1.8.3. на дату припинення - у разі дострокового припинення Договору та розрахунку Страхового платежу до повернення.

2. Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору

2.1. Строк дії договору зазначається у п. 12 Договору.

2.2. Договір набирає чинності та Страхове покриття починає діяти з 00.00 годин за київським часом дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страхового платежу (першої частини Страхового платежу, якщо Страховий платіж сплачується частинами) в розмірі та у строк, зазначені у пункті 11 Договору, але не раніше 00.00 годин за київським часом дати, зазначеної у пункті 12 Договору як дата початку строку дії Договору, а також отримання Страховиком належним чином заповненої Заяви на страхування Застрахованої особи.

2.3. Договір та Страхове покриття діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у п.12 Договору як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини згідно з п.2.4.2.2 та розділу 12 Умов не призвели до дострокового припинення дії Договору.

2.4. У випадку сплати Річного страхового платежу частинами:

2.4.1. дія Страхового покриття продовжується на кожен наступний період страхування за умови сплати чергової частини Річного страхового платежу в повному обсязі за відповідний період страхування не пізніше дати, встановленої у п. 11 Договору як гранична дата строку сплати цього платежу.

2.4.2. У випадку несплати чергового Річного страхового платежу (частини Річного страхового платежу за Договором) повністю або частково у строки, встановлені у пункті 11 Договору, страхове покриття не продовжується на наступний період страхування при цьому :

2.4.2.1. якщо черговий страховий платіж за наступний період страхування сплачено в повному обсязі не пізніше, ніж через 7 (сім) календарних днів з дати, встановленої у п.

11 Договору як гранична дата строку сплати чергового страхового платежу (надалі – Період очікування страхового платежу), то дія Страхового покриття на наступний період страхування поновлюється з дати, наступної за датою здійснення платежу. При цьому, дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

2.4.2.2. якщо черговий страховий платіж не сплачено в повному обсязі у відповідний Період очікування страхового платежу або сплачено після закінчення відповідного Періоду очікування страхового платежу, дія Страхового покриття не продовжується на наступний період страхування та Договір припиняє свою дію з 00 год. 00 хв. за київським часом дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування. Повернення Страхового платежу, сплаченого не в повному обсязі або сплаченого після закінчення відповідного Періоду очікування страхового платежу, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) календарних днів з дня отримання від Страхувальника письмової заяви про повернення Страхового платежу згідно реквізитів, зазначених у цій заяві.

2.5. У будь-якому випадку Страховик звільняється від обов'язку щодо здійснення Страхової виплати за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті Страхового платежу (частини загального Страхового платежу за Договором) за Договором.

2.6. Датою оплати Страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

2.7. У випадку несплати страхового платежу (першої частини страхового платежу, якщо страховий платіж сплачується частинами) у розмірі та у строки, визначені пунктом 11 Договору, такий Договір вважається таким, що не набув чинності та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.

3. Страхова сума. Страховий платіж. Страховий тариф.

3.1. Розмір Страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору та зазначається по кожному ризику на Річний період страхування у п. 8 Договору

3.2. Страхова сума за Договором у цілому складає суму страхових сум за кожним страховим ризиком, застрахованим за Договором, а у випадку, якщо Договір передбачає страхування основного ризику смерті Застрахованої особи, страхова сума за Договором в цілому складається зі страхової суми за основним ризиком смерті та страхових сум за кожним допоміжним ризиком (якщо страхування допоміжних ризиків передбачено Договором).

3.3. Страховик бере на себе зобов'язання здійснювати страхові виплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу, відповідно до Договору та Умов, у разі настання Страхових випадків, визначених п. 8 Договору, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору

3.4. Розміри Страхових платежів, які мають сплачуватися Страхувальником за Застраховану особу вказано у п.10 Договору.

3.5. Страхові суми по кожному ризику індивідуальні, тобто страхова виплата за будь-яким ризиком не зменшує страхову суму по іншим ризикам.

4. Територія дії Договору

4.1. Цей Договір діє на території всіх країн світу (за виключенням Республіки Білорусь та Російської Федерації), 24 години на добу, 365 днів на рік (366 днів на рік, якщо рік високосний). Виконання зобов'язань за Договором здійснюється на території України.

4.2. Дія Договору не поширюється на:

4.2.1. 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 розмежування;

4.2.2. території проведення воєнних дій будь-якого характеру; тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території, території невизнаних Україною в установленому порядку держав;

4.2.3. території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

4.3. Страхове покриття на території України (крім зазначеної в пп. 4.2.1 Умов), що знаходиться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за страховими випадками визначеними в пп 8.1.1, 8.2.1 – 8.2.9 Договору, які не мають причино-наслідкового зв'язку із війною або військовими конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення з урахуванням винятків, передбачених у п. 6 Умов.

5. Страхіві ризики. Страхіві випадки

5.1. Договором передбачено страхування Основного ризику та Допоміжних ризиків.

5.2. Основним Страховим ризиком є **Смерть Застрахованої особи**, яка настала в протягом строку дії Договору та на території дії Договору;

5.3. Допоміжними Страховими ризиками є:

5.3.1. **Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;**

5.3.2. **Інвалідність Застрахованої особи I групи внаслідок нещасного випадку;**

5.3.3. **Інвалідність Застрахованої особи I та II групи внаслідок нещасного випадку, а також інвалідність внаслідок нещасного випадку Застрахованої особи, яка не досягла 18-річного віку;**

5.3.4. **Інвалідність Застрахованої особи I групи з будь-якої причини;**

5.3.5. **Інвалідність Застрахованої особи II групи з будь-якої причини;**

5.3.6. **Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку;**

5.3.7. **Критичне захворювання Застрахованої особи** відповідно до п. 5.4.2.2. Умов, а саме: Аортокоронарне шунтування коронарних артерій, Трансплантація органів, Інфаркт міокарда, Інсульт, Злоякісні пухлини, Ниркова недостатність, Параліч, Сліпота;

5.3.8. **Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;**

5.3.9. **Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та внаслідок хвороби, яку вперше було діагностовано у Застрахованої особи під час дії Договору.**

5.4. Страховими випадками є:

5.4.1. За страхуванням на випадок настання Основного ризику, страховим випадком є Смерть Застрахованої особи з будь-якої причини, яка настала протягом дії Договору.

5.4.2. За страхуванням на випадок настання Допоміжних ризиків, страховими випадками є:

5.4.2.1. наслідки **нещасного випадку**, які стались протягом дії Договору в результаті нещасного випадку, що трапився протягом дії Договору, а саме:

5.4.2.1.1. смерть Застрахованої особи;

5.4.2.1.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи;

5.4.2.1.3. встановлення Застрахованій особі інвалідності II групи, а також встановлення інвалідності Особі, що не досягла 18-річного віку;

5.4.2.1.4. травматичні ушкодження та/або функціональні розлади у Застрахованої особи;

5.4.2.1.5. госпіталізація Застрахованої особи (перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні);

5.4.2.2. Критичні захворювання. Для цілей Договору, укладеного відповідно до цих Умов, під критичним захворюванням розуміється вперше діагностовані (виявлені вперше під час дії страхового покриття за Договором страхування) у Застрахованої особи протягом дії Договору захворювання та/або стан, а також проведення Застрахованій особі оперативних втручань з приводу захворювання, вперше діагностованого протягом дії Договору, перелік яких наведений нижче:

5.4.2.2.1. **Аортокоронарне шунтування** (хірургічне лікування коронарних артерій). Страховим випадком є перенесення Застрахованою особою операції

на відкритому серці з метою корекції звуження або усунення блокади в одній або більше коронарних артеріях за допомогою встановлення шунта. Необхідність проведення операції повинна бути підтверджена методом коронарної ангіографії. Страхове покриття не розповсюджується на інші методи лікування, які не здійснюються на відкритому серці, такі як: балонна ангіопластика, стентування, будь-які інші внутрішньоартеріальні або ендоскопічні маніпуляції, лазерні або інші неінвазивні процедури.

5.4.2.2.2. Сліпота – підтверджена результатами офтальмологічного дослідження, а також фахівцем-офтальмологом повна, постійна та необоротна втрата зору (сприйняття світла) на обох очах, викликана гострим захворюванням або нещасним випадком, яка триває протягом, щонайменше, 6 (шести) тижнів.

5.4.2.2.3. Трансплантація органів – перенесення Застрахованою особою, як одержувачем органу, операції з приводу пересадки одного з наступних органів: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку.

5.4.2.2.4. Параліч (параплегія, геміплегія, тетраплегія) – повна та постійна втрата рухливої функції групи верхніх та/або нижніх кінцівок з повним припиненням провідності спинного мозку. Страхове покриття не розповсюджується на параліч при синдромі Гійєна-Барє. Право на отримання Страхової виплати виникає після надання Страховику підтвердженого діагнозу спеціалізованої неврологічної клініки або фахівця в галузі неврології. При цьому, підтвердженим діагнозом вважатиметься діагноз, зроблений не раніше, ніж через 6 (шість) місяців після виникнення у Застрахованої особи паралічу.

5.4.2.2.5. Інфаркт міокарда – відмирання частини серцевого м'язу у результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні. Діагноз повинен бути підтверджений документально в установленому законодавством порядку при наявності всіх наведених нижче ознак: типові болі в області грудей, нові зміни на електрокардіографічних вимірюваннях, що є характерними для інфаркту міокарда, та суттєве підвищення у крові рівня характерних ферментів, тропонинів або інших маркерів.

Страхове покриття не розповсюджується на:

- a) Інфаркти міокарда зі збільшенням показників тропонинів I або T в крові без зміни сегмента ST;
- b) Безболісний інфаркт міокарда;
- c) Інші гострі коронарні синдроми (такі як стабільна / нестабільна стенокардія).

5.4.2.2.6. Інсульт – будь-які цереброваскулярні зміни, що викликають постійну неврологічну симптоматику, і включають в себе омертвіння ділянки мозкової тканини, геморагії і емболію з екстракраніального джерела. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем при наявності типових клінічних симптомів, а також даних комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії головного мозку. Неврологічна симптоматика повинна спостерігатися щонайменше 3 місяці.

Зі страхового покриття виключаються:

- a) Минущі ішемічні порушення мозкового кровообігу;
- b) Травматичні ушкодження головного мозку;
- c) Неврологічні симптоми, що виникають в результаті мігрені;
- d) Лакунарні інсульти без неврологічної симптоматики.

5.4.2.2.7. Злоякісні пухлини, наявність яких підтверджено гістологічними дослідженнями, а також фахівцем, та які характеризуються неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин та інвазією тканин, з тенденцією до утворення метастазів. Страхове покриття розповсюджується на інвазивну злоякісну меланому, лейкемію та будь-які злоякісні пухлини лімфатичної системи, за винятком першої стадії хвороби Ходжкіна.

Зі страхового покриття виключаються:

- a) Всі стадії цервікальної інтраепітеліальної неоплазії;
- b) Всі передракові пухлини;
- c) Будь-який неінвазивний рак (cancer in situ);
- d) Рак передміхурової залози стадії 1 (T1a, 1b, 1c);
- e) Базальноклітинна карцинома і плоскоклітинна карцинома;
- f) Злоякісна меланома стадії IA (T1a N0 M0);
- g) Всі злоякісні пухлини при наявності ВІЛ-інфекції.

5.4.2.8. Ниркова недостатність – остання стадія неповоротної хронічної ниркової недостатності, при якій обидві нирки не можуть функціонувати, в результаті чого проводиться регулярний нирковий діаліз та/ або операція з пересадки нирки.

5.5. Страховими випадками є події, зазначені як Страхові ризики з позначкою «Так» в п. 8 Договору, за винятком тих, які настали при обставинах, зазначених у розділі 6 Умов, що сталися протягом строку дії Договору та на території дії Договору, та підтверджені документами, виданими Компетентними органами, із настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору. Події, які відносяться до Страхових ризиків, зазначених в п. 8.2 Договору, та трапилися внаслідок настання нещасного випадку, можуть бути визнані Страховими випадками за умови, що нещасний випадок трапився під час дії Договору.

5.5.1. За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені пунктами 8.2.1 - 8.2.5, 8.2.8, 8.2.9 Договору, які є наслідками нещасного випадку, що стався у період дії Договору, та відбулися протягом 12 (дванадцяти) місяців від дати нещасного випадку.

5.5.2. За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені пунктами 8.2.4, 8.2.5 Договору які є наслідками хвороби, яку було вперше діагностовано у Застрахованої особи в період дії Договору, та відбулися протягом 4 (чотирьох) місяців від дати діагностування хвороби.

5.6. Сторони домовилися, що Період виживання за Страховим випадком Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 5.4.2.2 Умов складає 30 (тридцять) календарних днів від дати первинного діагностування у Застрахованої особи критичного захворювання або проведення операції з числа тих, що входять до визначення терміну «Критичне захворювання» згідно з Договором.

6. Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування

6.1. Не визнаються Страховими випадками події, визначені підпунктами 8.1.1, 8.2.1 – 8.2.9 Договору, якщо вони сталися з Застрахованою особою внаслідок:

6.1.1. Навмисних дій Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача.

6.1.2. Скоєння Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину.

6.1.3. Дій або бездіяльності Застрахованої особи, яка перебувала у стані або під впливом алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння.

6.1.4. Дій Застрахованої особи, вчинених у стані істотного погіршення психічного сприйняття внаслідок вживання алкоголю та/або його сурогатів, наркотичних та/або токсичних речовин.

6.1.5. Керування Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння або без наявності посвідчення водія відповідної категорії; передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом іншій особі, яка знаходилася в стані алкогольного (наркотичного, токсичного) сп'яніння; передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не має посвідчення водія відповідної категорії.

6.1.6. Вживання Застрахованою особою алкоголю або його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря.

6.1.7. Землетрусу, інших стихійних явищ, внаслідок біологічних або хімічних катастроф, а також впливу ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження, хімічного, бактеріологічного забруднення.

6.2. Не вважаються Страховими випадками події, визначені підпунктами 8.1.1, 8.2.1 – 8.2.9 Договору, що прямо чи опосередковано пов'язані з:

6.2.1. перебуванням Застрахованої особи у складі збройних сил будь-якої держави;

6.2.2. оголошеною чи неоголошеною війною, громадянською війною чи її наслідками, воєнними маневрами, дією групи зловмисників або осіб, які діють за дорученням політичних організацій чи взаємодіють з ними; військовим повстанням, блокадою, захопленням (узурпацією) влади, введенням воєнного або надзвичайного стану, ворожими актами та будь-якими іншими воєнними діями/заходами воєнного характеру чи спробами їх придушення та/або їх наслідками;

6.2.3. страйками, локаутами, мітингами, демонстраціями, революцією, трудовими безладами або громадянськими хвилюваннями, заколотами, народними повстаннями, дією озброєних повстанців, а також дією влади, що направлені на їх придушення;

6.2.4. з активною участю Застрахованої особи у протиправних діях терористичного спрямування – терористичних актах, встановленні вибухового пристрою тощо; мітингах, демонстраціях;

6.2.5. з активною участю Застрахованої особи у діях, які вжито з метою запобігання, придушення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, усвідомлюваного і такого, що несе загрозу терористичного акту, будь-яких терористичних актів, диверсій, заходів щодо їх придушення, попередження та інших антитерористичних дій;

6.2.6. дією зброї будь-якого типу (крім протиправних дій третіх осіб не пов'язаних з подіями перерахованими в п.6.2 Умов, що підтверджено компетентними органами); ураженням мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни, вибухом застарілих боєприпасів;

6.2.7. обвалами, деформаціями, загорянням будь-яких елементів будівель (приміщень, будівельних конструкцій) внаслідок впливу будь-яких вибухових речовин (крім природного газу внаслідок побутового інциденту) та/або боєприпасів (кулі, гранати, міни, бомби, артилерійського снаряду, ракети, снаряду для реактивних систем тощо) або будь-яких частин (осколки, детонатори, запали, будь-які елементи конструкції, компоненти вибухових пристроїв тощо);

6.2.8. використання Застрахованою особою літального апарату (за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром турбогвинтового, реактивного літаку, або планеру, допущених до здійснення польотів цивільної авіації, або пасажиром військового літаку, який був застосований для транспортування людей);

6.2.9. участі Застрахованої особи у перегонах (або тренуваннях до перегонів) на будь-якому сухопутному, повітряному або водному засобі пересування;

6.2.10. зайняття Застрахованою особою екстремальними видами спорту на землі, у горах, у повітрі або на воді: американський футбол, хокей з шайбою, будь-які види бойових єдиноборств, бокс, кікбоксінг, гірські лижи, фрістайл, сноу-борд, боротьба, стрибки з лижного трампліну, регбі, стрибки з парашутом, пірнання з аквалангом або із затримкою дихання, мисливство на конях, дельтапланеризм, парашутизм, альпінізм, скелелазіння, спелеологія;

6.2.11. довготривалого перебування Застрахованої особи у кліматично небезпечних регіонах, поїздок до регіонів з нестабільною політичною ситуацією, у тому числі, в якості члена наукових або інших експедицій.

6.3. Не надається Страхове покриття та не здійснюються Страхові виплати, якщо подія з числа визначених підпунктами 8.1.1, 8.2.1 – 8.2.9 Договору відбулася внаслідок:

а) захворювання, яке було виявлено та/або на яке хворіла Застрахована особа на дату початку дії страхового покриття за Договором у відношенні до такої Застрахованої особи;

б) захворювання, яке стало наслідком розвитку у Застрахованої особи хвороби, кваліфікованої як Передіснуючий стан.

6.4. Страховик звільняється від виконання обов'язків за Договором, якщо подія з числа визначених підпунктами 8.1.1, 8.2.1 – 8.2.9 Договору відбулася внаслідок уродженої хвороби Застрахованої особи, або викликаного нею захворювання.

Страховик звільняється від виконання обов'язків за Договором, якщо хірургічне втручання в організм Застрахованої особи та/або її госпіталізація були прямо пов'язані з вагітністю; пологами; абортom; неофіційним абортom (тобто, абортom, здійсненим поза меж лікувального закладу);

гінекологічними хворобами; косметичною або пластичною хірургією, за виключенням випадків, коли косметична або пластична операція була здійснена внаслідок події, визнаної нещасним випадком згідно з Договором.

6.5. Події, зазначені у пункті 8.2.7 Договору не визнаються Страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

6.5.1. Навмисних дій Застрахованої особи, які спричинили критичне захворювання; або вчиненої Застрахованою особою спроби самогубства; або навмисного покалічення, у тому числі здійснених Застрахованою особою у стані неосудності, розумового або психосоматичного розладу (крім випадків, коли зазначений стан був викликаний травмою, отриманою Застрахованою особою безпосередньо перед самогубством або замахом на самогубство або у випадку доведення Застрахованої особи до самогубства діями третіх осіб – якщо цей факт офіційно встановлено Компетентними органами);

6.5.2. Прийняття Застрахованою особою наркотичних речовин, крім випадків прийому або введення наркотичних речовин у відповідності з приписом кваліфікованого лікаря-практика з приводу будь-якого фізичного стану, крім наркотичної залежності;

6.5.3. Отруєння Застрахованої особи внаслідок вживання алкоголю або його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря;

6.5.4. Венеричних захворювань Застрахованої особи;

6.5.5. Захворювання Застрахованої особи в присутності ВІЛ-інфекції, незалежно від шляху зараження, або якщо тести на ВІЛ або антитіла цього вірусу виявилися позитивними;

6.5.6. Виняткової небезпеки. Під цим розуміється факт того, що Застрахована особа добровільно наражала або наражає себе на виняткову небезпеку (крім спроб врятувати людське життя) або скоєння Застрахованою особою протиправних дій;

6.5.7. Використання Застрахованою особою літального апарату (за винятком випадків, коли Застрахована особа була пасажиром турбогвинтового, реактивного літаку, або планеру, допущених до здійснення польотів цивільної авіації, або пасажиром військового літаку, який був застосований для транспортування людей);

6.5.8. Ризикованих занять. Під цим розуміється участь Застрахованої особи у перегонах (або тренуваннях до перегонів) на будь-якому суходільному, повітряному або водному засобі пересування; заняття Застрахованою особою наступними видами спорту: футбол, американський футбол, хокей з шайбою, будь-які види бойових єдиноборств, бокс, кікбоксінг, гірські лижи, фрістайл, сноу-борд, боротьба, стрибки з лижного трампліну, регбі, стрибки з парашутом, пірнання з аквалангом або із затримкою дихання, мисливство на конях, дельтапланеризм, парапланеризм, альпінізм, скелелазіння, спелеологія;

6.5.9. Прямого або непрямого впливу іонізуючого випромінювання, крім випадків, коли іонізуюче випромінювання використовувалося для лікування Застрахованої особи у лікувальному закладі під наглядом кваліфікованого медичного персоналу;

6.5.10. Підтвердженої лікарської помилки.

6.6. Страховик не здійснює Страхові виплати у зв'язку з подіями, що відбулися за Страховими ризиками, зазначеними у пунктах 8.2.8 та 8.2.9 Договору у разі:

6.6.1. госпіталізації Застрахованої особи, що не пов'язана з хірургічним втручанням;

6.6.2. госпіталізації Застрахованої особи протягом 30 (тридцять) календарних днів з дати початку дії страхового покриття за Договором у відношенні відповідної Застрахованої особи;

6.6.3. госпіталізації Застрахованої особи, що триває більше 30 (тридцяти) календарних днів, починаючи з 31-го дня госпіталізації за одним страховим випадком;

6.6.4. перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні понад 90 (дев'яносто) календарних днів протягом одного року дії Договору.

6.6.5. Настання з Застрахованою особою події, яка має ознаки страхового випадку, в результаті ушкоджень та/або травм та/або хвороб, які виникли внаслідок Обставин непереборної сили, не вважається страховим випадком.

6.7. **Період очікування згідно п. 14.1 Договору та п. 6.6.2 Умов не застосовуються до осіб, що виконують всі наступні умови:**

6.7.1. були раніше застраховані в Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «УНІКА ЖИТТЯ» за договором добровільного страхування життя / стандартним страховим продуктом «Життя і Відповідальність» від ризиків, передбачених п. 8 Договору;

6.7.2. не мали перерви між дією договорів добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, укладених зі Страховиком (дата початку дії даного Договору стосовно відповідної Застрахованої особи = дата закінчення дії попереднього договору добровільного

страхування здоров'я на випадок хвороби + 1 день) (надалі – Безперервна пролонгація Договору).

7. Порядок дій у разі настання Страхового випадку. Контактні дані для звернення у разі настання Страхового випадку

7.1. У разі настання подій, які мають ознаки Страхових випадків, згідно з умовами Договору, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач (спадкоємиці Застрахованої особи за законом) зобов'язаний:

7.1.1. протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня їх настання **повідомити** про це Страховика за номерами цілодобового інформаційного центру:

+38 096 170 03 72 (Київстар),

+38 050 170 03 72 (Vodafone),

+38 093 170 03 72 (Lifecell)

7.1.1.1. у випадку настання події за ризиками, що передбачають настання **Смерті** Застрахованої особи допускається повідомлення Страховика **протягом 30 (тридцяти) календарних днів** з дня їх настання;

7.1.1.2. у випадку настання події за ризиками, які передбачають настання **Інвалідності** Застрахованої особи, допускається повідомлення Страховика **протягом 10 (десяти) робочих днів** з дати видачі довідки про встановлення інвалідності компетентною лікарською комісією.

7.1.2. подати письмову Заяву на здійснення Страхової виплати та інші документи, визначені розділом 8 цих Умов:

7.1.2.1. протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з моменту настання подій, які мають ознаки Страхових випадків, згідно умов Договору (а для страхових випадків, які передбачають настання Інвалідності Застрахованої особи - з дати видачі довідки про встановлення інвалідності компетентною лікарською комісією).

7.1.2.2. протягом **12 (дванадцяти) місяців** з дня настання подій за ризиками, що передбачають настання **Смерті** Застрахованої особи.

7.2. У разі неможливості з об'єктивних та поважних причин своєчасно повідомити про настання події, яка має ознаки Страхового випадку, та/або надати документи в зазначені в п.7.1.2 Умов строки, Страхувальник або інша особа, яка має право на отримання Страхової виплати, повинен(а) надати Страховику письмові пояснення та обґрунтування поважності причин порушення строків. За результатами розгляду наданих пояснень Страховик приймає рішення про наявність підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати.

7.3. Страхувальник зобов'язується надати Страховику достовірні відомості про причини та обставини настання Страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію, зазначену у Договорі.

7.4. Страховик залишає за собою право вимагати висновку стосовно стану здоров'я Застрахованої особи, що передував Страховому випадку чи був пов'язаний із Страховим випадком. У таких випадках Страховик здійснює страхову виплату на підставі висновку, що при необхідності базується на експертній оцінці лікаря відповідної кваліфікації, уповноваженого Страховиком. На вимогу та за кошти Страховика, Застрахована особа повинна пройти медичний огляд у визначеного Страховиком лікаря відповідної кваліфікації та/або пройти додаткові медичні дослідження. У випадку якщо за результатами медичного огляду у визначеного Страховиком лікаря діагноз Застрахованої особи не буде підтверджено, Страхувальник відшкодує Страховику витрати на такий медичний огляд.

7.5. За умови виконання вимог, визначених пунктами 7.1 – 7.3 Умов, Застрахована особа або Вигодонабувач має право звернутися до Страховика за отриманням Страхової виплати в будь-який час після настання Страхового випадку.

8. Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування

8.1. Для отримання Страхових виплат за Договором, Страховику мають бути надані документи, які підтверджують настання Страхового випадку, видані відповідними Компетентними органами (медичним закладом, судом, органами внутрішніх справ, органами реєстрації актів цивільного стану (далі - РАЦС) тощо) відповідно до чинного законодавства України, а також:

8.1.1. Заява на здійснення Страхової виплати з зазначенням реквізитів рахунку одержувача виплати, відкритого у банківській установі України.

8.1.2. Копію документів, що посвідчують особу одержувача виплати засвідчену підписом власника таких документів.

8.1.3. Копію довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру одержувача виплати (або копію документу згідно п. 8.1.2 Умов, в якому міститься інформація про цей номер чи відмітка про відсутність індивідуального податкового номеру), засвідчену підписом власника таких документів.

8.1.4. Опитувальний лист для проведення ідентифікації клієнта – фізичної особи за формою наданою Страховиком.

8.2. У разі настання Страхового випадку, пов'язаного зі смертю Застрахованої особи, Страховику додатково надаються такі документи:

8.2.1. Лікарський висновок із зазначенням причини настання смерті, а також результати розтину Застрахованої особи, якщо його було здійснено, або нотаріально засвідчена копія таких документів.

8.2.2. Свідоцтво або довідка органу РАЦС про смерть Застрахованої особи або їх нотаріально засвідчена копія.

8.3. У разі настання Страхового випадку, пов'язаного з **нещасним випадком, хворобою, тілесними ушкодженнями, госпіталізацією** Застрахованої особи, Страховику додатково надається документ, що підтверджує факт і розкриває причини та обставини настання Страхового випадку, виданий Компетентним органом, компетентною лікарською комісією, лікувально-профілактичним або іншим медичним закладом (зокрема: акт про нещасний випадок; листок непрацездатності; документ, який засвідчує перенесення Застрахованою особою хірургічного втручання або захворювання, яке відповідає визначенню Страхового випадку, підтверджений відповідними лабораторними, клінічними, гістологічними, радіологічними та іншими дослідженнями).

8.4. У випадку, якщо в Заяві на страхування Вигодонабувач не вказаний та виплата проводиться спадкоємцям за законом, спадкоємці померлої особи, яка мала отримати Страхову виплату за Договором, додатково надають Страховику Свідоцтво про право на спадщину або його нотаріально засвідчену копію.

8.5. Документи, що підтверджують встановлення Інвалідності I, II групи Застрахованій особі або встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку, повинні бути видані компетентною лікарською комісією та підписані належним чином уповноваженим лікарем в Україні. Страховику надається нотаріально засвідчена копія таких документів.

8.6. Особа, яка має право на отримання Страхової виплати зобов'язана надавати на вимогу Страховика інші документи, що мають значення для прийняття рішення про здійснення виплати, а також документи, надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика Страхувальник, Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом 2 (двох) 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.

8.7. Будь-які витрати, пов'язані з отриманням або нотаріальним посвідченням документів (їх дублікатів, копій), вказаних в п.8.1 - 8.6 Умов, несе особа, яка подає заяву на виплату.

8.8. У будь-якому випадку для підтвердження факту настання події, що має ознаки страхового випадку, особа, яка має право на отримання Страхової виплати, повинна надати документи компетентних органів, що видані законними органами влади. Відповідно до чинного законодавства України, що регулює забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на будь-якій

тимчасово окупованій території України, будь-який акт (рішення, документ), виданий органами та/або посадовими особами, якщо ці органи або особи створені, обрані чи призначені у порядку, не передбаченому законодавством України, є недійсним і не створює правових наслідків. Відповідно, документи, рішення, видані органами невизнаних Україною державних формувань, створеними на будь-якій окупованій території України, є недійсними, не визнаються Страховиком та не приймаються до розгляду. Документи компетентних органів іншої країни повинні бути визнані дійсними в Україні в порядку, передбаченому законодавством України.

8.9. Усі документи передбачені розділом 8 Умов подаються Страховику в письмовій формі одним із способів:

- поштою (рекомендованим листом);
- особисто за адресою місцезнаходження Страховика.

9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат

9.1. У разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховик зобов'язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

9.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком відповідно до умов Договору та законодавства України, на підставі заяви особи, яка має право на отримання виплати, та рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення Страхової виплати (Страхового акту), яке Страховик приймає після отримання всіх необхідних документів, визначених розділом 8 Умов. У разі визнання випадку страховим Страховик здійснює Страхову виплату Застрахованій особі (її спадкоємцям / правонаступникам або іншій належним чином уповноваженій особі, яка діє від імені Застрахованої особи), Вигодонабувачу, у разі його призначення, його спадкоємцям / правонаступникам або іншій належним чином уповноваженій особі, яка діє від імені Вигодонабувача, відповідно до умов Договору.

9.3. При настанні Страхового випадку **Смерть Застрахованої особи** (п. 8.1.1 Договору) та **Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку** (п. 8.2.1 Договору) Страховик здійснює одноразову Страхову виплату Вигодонабувачу або спадкоємцю Застрахованої особи за законом (у випадку, якщо Вигодонабувач не визначений в Договорі) в розмірі **100% Страхової суми**, встановленої за цими Страховими випадками.

9.4. При настанні Страхового випадку **Інвалідність Застрахованої особи I групи внаслідок нещасного випадку** (п. 8.2.2 Договору), **Інвалідність Застрахованої особи I, II групи внаслідок нещасного випадку**, а також **встановлення інвалідності внаслідок нещасного випадку Застрахованій особі, що не досягла 18-річного віку** (п.8.2.3 Договору) або **Інвалідність Застрахованої особи I групи з будь-якої причини** (п. 8.2.4 Договору), **Інвалідність Застрахованої особи I, II групи з будь-якої причини** (п.8.2.5 Договору) Страховик здійснює на користь Застрахованої особи одноразову Страхову виплату у розмірі:

- а) 100% Страхової суми, встановленої Договором за Страховим випадком, визначеним п. 8.2.2 - 8.2.5 Договору – при встановленні компетентною лікарською комісією I групи інвалідності Застрахованої особи;
- б) 85% Страхової суми, встановленої Договором за Страховим випадком, визначеним п. 8.2.3, п. 8.2.5 Договору – при встановленні Компетентною лікарською комісією II групи інвалідності Застрахованої особи або встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку;

9.4.1. Якщо протягом дії Договору компетентна лікарська комісія встановлює більш високу групу інвалідності Застрахованої особи, ніж та, за якою Страховиком було здійснено Страхову виплату згідно умов пунктів 9.4 Умов, Страховик здійснює додаткову Страхову виплату у розмірі різниці між сумою Страхової виплати, належної до сплати за більш високою групою інвалідності та сумою Страхової виплати, вже здійсненої Страховиком.

9.5. При настанні Страхового випадку **Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку** (п. 8.2.6 Договору), Страховик здійснює Страхові виплати на користь Застрахованої особи згідно з **Таблицею «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою»** (Додаток №2 до Договору).

9.6. При настанні під час дії Договору Страхового випадку **Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 5.4.2.2 Умов** (п. 8.2.7 Договору), Страховик зобов'язується

здійснити на користь Застрахованої особи одноразову страхову виплату в розмірі **100% страхової суми**, встановленої за цим Страховим випадком.

9.6.1. При настанні страхового випадку (-ів) за ризиком Критичне захворювання протягом одного року дії Договору Страховик здійснює виплату за однією подією тільки один раз, після чого страхове покриття за ризиком Критичне захворювання в цьому році припиняється.

9.6.2. Для багаторічних договорів виплата відшкодування за окремою хворобою / станом / захворюванням з переліку «Критичних захворювань» згідно з п.5.4.2.2 Умов здійснюється не більше одного разу за весь строк дії Договору, проте за іншими захворюваннями з цього переліку страхове покриття за ризиком Критичне захворювання залишається чинним та в наступні роки після виплати за страховим ризиком Критичне захворювання можуть здійснюватися повторні страхові виплати, за умови, що хвороби / діагнози / захворювання відмінні від тих, за якими вже було здійснено страхову виплату в попередні роки дії Договору.

9.7. При настанні під час дії Договору Страхового випадку **Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку** з урахуванням п. 6.6 Умов (п. 8.2.8 Договору) або **Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та внаслідок хвороби, яку вперше було діагностовано у Застрахованої особи** під час дії Договору, з урахуванням п. 6.6. Умов (п. 8.2.9 Договору) Страховик здійснює Страхові виплати на користь Застрахованої особи у розмірі 0,1% від Страхової суми за кожен день стаціонарного лікування Застрахованої особи, **починаючи з четвертого дня** госпіталізації.

Максимальна кількість днів перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні протягом одного року дії Договору складає **90 (дев'яносто) календарних днів** та не більше 30 (тридцяти) календарних днів на кожен страховий випадок.

9.8. Страхова виплата підлягає сплаті після того, як повністю будуть встановлені причини, обставини випадку.

9.9. Рішення про здійснення Страхової виплати, продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених Розділом 8 Умов. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати Страховик в цей строк складає Страховий акт.

9.10. Страховик здійснює Страхову виплату у відповідності до Договору страхування протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня прийняття рішення про здійснення Страхової виплати.

9.11. Будь-які Страхові виплати за Договором здійснюються Страховиком шляхом перерахування на банківський рахунок, вказаний особою, яка має право на отримання Страхової виплати, за вирахуванням несплачених Страхових платежів поточного періоду страхування, податків та інших обов'язкових платежів, передбачених чинним законодавством України. Особа, яка має право на отримання Страхової виплати, несе витрати, пов'язані з отриманням Страхової виплати.

10. Підстави відмови у Страховій виплаті

10.1. Підставою для відмови Страховиком у Страховій виплаті є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців), спрямовані на настання Страхового випадку крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

10.1.2. Вчинення Вигодонабувачем або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання Страхового випадку.

10.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про Об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (щодо питань, які містяться у Заяві на страхування), або про факт настання Страхового випадку.

10.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) Страховика про настання Страхового випадку (згідно Розділу 7 Умов) без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання Страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).

10.1.5. Наявність обставин, які є винятками із Страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами.

10.1.6. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку.

10.1.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог пунктів 13.2.6., 13.2.7, 13.6.3, 13.6.4 Умов.

10.1.8. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України та/або Договором.

10.2. У разі прийняття рішення про відмову в страховій виплаті, Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) днів з дня прийняття такого рішення, повинен письмово повідомити про це Страхувальника, Вигодонабувача або спадкоємця Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови.

11. Порядок укладання Договору

11.1. Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні в усній формі чи шляхом листування у довільній формі до укладення Договору.

11.2. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо Страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

11.3. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику згідно п. 13.2.4 Умов шляхом подання заповненої Заяви на страхування, що містить перелік таких обставин. Заява на страхування Застрахованої особи містить також інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, відомості щодо Вигодонабувачів, інформацію щодо належності до публічних діячів та підпис Застрахованої особи.

11.4. При укладенні Договору страхування Страховик має право провести и оцінку ступеня страхового ризику та визначати індивідуальні умови страхування за результатами оцінки ступеня ризику, включаючи наявну у Страховика історію страхування, в тому числі вимагати від особи, яка підлягає страхуванню, родича Застрахованої особи заповнення Декларації про стан здоров'я, якщо страхуванню підлягає особа з інвалідністю або особа старше 64 років;

11.5. Після досягнення згоди з усіх істотних умов Договору, Сторони укладають Договір.

11.6. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг» або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

11.7. У разі оформлення Договору у вигляді електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», останній укладається через сервіс електронного документообігу, погоджений Сторонами, та разом з Умовами та додатками до нього (за наявності), підписується кваліфікованими електронними підписами (надалі – КЕП) Сторін/уповноважених представників Сторін із кваліфікованою електронною позначкою часу. Сторони можуть погодити будь-яку послідовність накладення електронних підписів на Договір. Кваліфікована позначка часу, яка міститься в КЕП, що накладений на Договір останнім, свідчить про дату та час укладення електронного Договору. Договір з Умовами та додатками до нього (за наявності) надсилається Страхувальнику на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, або розміщується в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

11.8. У разі оформлення Договору у формі електронного документа, створеного в порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію, Договір укладається шляхом пропозиції його укласти (індивідуальної оферти) однією стороною (Страховиком) та її прийняття (акцепту) другою стороною (Страхувальником) через ІКС Страховика або страхового посередника в такі етапи:

11.8.1. Для укладення Договору потенційний Страхувальник (тут і далі в цьому розділі під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника, якщо Договір укладається Страхувальником

юридичною особою) ідентифікується в ІКС Страховика або страхового посередника та надає необхідну інформацію для оформлення пропозиції.

11.8.2. Страховик на підставі отриманої через ІКС інформації від Страхувальника формує пропозицію. Пропозиція отримується Страхувальником у вигляді проекту Договору разом з Умовами у формі, що унеможлиблює зміну її змісту. Зміна умов пропозиції можлива за запитом Страхувальника до прийняття пропозиції та здійснюється виключно шляхом направлення Страховиком нової пропозиції. Попередня пропозиція втрачає чинність.

11.8.3. Пропозиція направляється Страхувальнику через ІКС і є чинною до закінчення доби, у якій її було направлено Страхувальнику.

11.8.4. У разі прийняття пропозиції Страхувальником Страховик вважає себе зобов'язаним надати послуги із страхування відповідно до погоджених Страхувальником умов.

11.8.5. Якщо Страхувальник погоджується з пропозицією, він підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику.

11.8.6. Уповноважена особа Страховика або страхового посередника, який діє від імені Страховика, підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) КЕП із кваліфікованою позначкою часу, яка свідчить про дату та час укладення Договору.

11.8.7. Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) у формі, що унеможлиблює зміну його змісту, на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, або розміщує в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua.

11.8.8. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту

12. Порядок внесення змін, дострокового припинення, розірвання Договору, їх правові наслідки. Порядок відмови від Договору

12.1. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в письмовій або електронній формі шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору, або шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного договору страхування. Пропозиція Страховика щодо зміни умов Договору здійснюється шляхом направлення Страхувальнику повідомлення у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений у п. 15.1 Умов, не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати внесення змін. Зміна Страхувальника або Страховика відбувається шляхом укладання тристоронньої угоди між Страхувальником або Страховиком, що змінюється, новим Страхувальником або Страховиком відповідно та Застрахованою особою, за заявою Сторони, що змінюється.

12.2. Про намір внести зміни до Договору, ініціюючи Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.

12.3. Якщо будь-яка із Сторін не згодна з запропонованими іншою Стороною змінами до Договору, то така Сторона повинна протягом 5 (п'яти) робочих днів від дати отримання письмового повідомлення відповідно до п.15.1. Умов, письмово повідомити іншу Сторону про рішення щодо дії Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

12.4. У випадку, якщо Застрахована особа заперечує проти укладення Договору на її користь в порядку, передбаченому п. 13.5.2. Умов, Страховик повертає Страхувальнику сплачений Страховий платіж за таку особу в повному розмірі протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заперечень від Застрахованої особи проти укладення Договору на її користь та заяви від Страхувальника про повернення Страхового платежу;

12.5. Заміна Застрахованої особи на іншу особу Договором не передбачена.

12.6. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:

12.6.1. закінчення строку дії Договору;

12.6.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами, Вигодонабувачем) у повному обсязі (у разі виконання Страховиком зобов'язань щодо певної Застрахованої особи, дія Договору припиняється стосовно такої Застрахованої особи);

12.6.3. несплати чергової частини Страхового платежу у Період очікування страхового

платежу або її сплати після закінчення Періоду очікування страхового платежу (у разі сплати Страхового платежу частинами). При цьому Договір вважається достроково припиненим з 00:00 годин за київським часом дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування;

12.6.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи (якщо Застрахована особа або інша особа не візьмуть на себе зобов'язання Страхувальника), ліквідації (закриття) Страхувальника фізичної особи-підприємця, смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності за винятком випадків, передбачених статтями 100, 101 Закону України «Про страхування» (у разі смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності дія Договору припиняється стосовно такої Застрахованої особи);

12.6.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.6.6. набрання законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним;

12.6.7. подання письмової заяви Страховиком чи Страхувальником іншій Стороні про дострокове припинення Договору. Дія Договору може бути припинена Страховиком достроково і в тому випадку, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору.

12.6.8. в інших випадках, передбачених законодавством України та/або Договором чи Умовами.

12.7. Договори страхування життя за цим страховим продуктом не є договорами інвестиційного страхування життя та/або договорами ануїтету, для цілей цього пункту під Викупною сумою розуміється сума, що підлягає сплаті за таким договором страхування життя як відшкодування раніше сплаченої премії (за вирахуванням вартості страхових витрат, незалежно від того, чи їх фактично призначено, чи ні) через анулювання або розірвання Договору або зменшення суми зобов'язань протягом строку дії Договору, а отже, не включається до терміну «Викупна сума», визначеного Загальним стандартом звітності та належної перевірки інформації про фінансові рахунки (Common Standard on Reporting and Due Diligence for Financial Account Information).

12.8. Викупна сума за Договором розраховується Страховиком на день припинення Договору залежно від періоду, протягом якого діяв Договір, згідно з методикою, наведеною нижче:

$$\text{Max} (\text{ССП} - \text{СП} * (d2 - d0 + 1) / (d1 - d0 + 1) - \text{СП} * (d1 - d2) / (d1 - d0 + 1) * \text{BC} - \text{ФВВ}) * \text{K}$$

ССП - Сплачені страхові платежі за Договором

СП - страховий платіж за Договором

d0 – дата початку Договору

d1 – дата закінчення Договору

d2 – дата припинення дії Договору

BC – витрати Страховика, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням Договору

ФВВ – фактичні виплати страхового відшкодування за Договором

K – коефіцієнт, що залежить від продукту. Для страхового продукту «Життя і Відповідальність» даний коефіцієнт дорівнює нулю.

Витрати Страховика, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням Договору складають **50% від страхового тарифу**.

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

12.10. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені за період страхування, в якому припиняється договір (поточний рік дії Договору) Страхові платежі за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням договору у розмірі 50% від Страхового тарифу за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за поточний рік дії Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію з поточний рік дії Договору повністю .

12.11. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачені ним за поточний рік дії Страхові платежі за Договором. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені Страхові платежі за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням Договору у розмірі 50% від Страхового платежу за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за поточний рік дії Договору.

12.12. У випадках, коли повернення Страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат,

пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, відповідно до п. 12.10 та п. 12.11 Умов, сума Страхового платежу до повернення розраховується за формулою:

СПП = СПС – СПФ – ВУВ – ФВВ, при цьому:

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником за поточний рік дії договору, в грн

СПФ = Страховий платіж за фактичний строк дії Договору протягом поточного року = ПЗ/365* × ДФ, в грн, де

ПЗ = Загальний річний* страховий платіж за Договором, в грн;

ДФ = Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним, днів;

ВУВ= Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору = СПЗ × 50%, де

СПЗ = Страховий платіж за період, що залишився до закінчення поточного року дії Договору = ПЗ/365* × ДЗ, в грн.;

ДЗ = Кількість днів, що залишились до закінчення поточного року дії Договору, днів;

ФВВ = Фактичні Страхові виплати, здійснені за Договором протягом поточного року дії, в грн.

* якщо рік є високосним, то використовується значення 366 днів.

12.13. Для отримання Страхового платежу (його частини), що підлягає поверненню у разі дострокового припинення Договору, Страхувальник повинен подати Страховику заяву з вказанням банківських реквізитів, а Страхувальник – фізична особа повинен надати разом із заявою завірені підписом Страхувальника копії паспорту та ідентифікаційного коду. Повернення частини сплаченого Страхового платежу здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення Договору згідно реквізитів для повернення частини сплаченого Страхового платежу, наданих Страхувальником.

12.14. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

12.14.1. Договорів, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

12.14.2. випадків, якщо за Договором повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового випадку.

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

12.16. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заяви від Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови що протягом періоду дії Договору не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку.

13. Права та обов'язки сторін

13.1. Страхувальник має право:

13.1.1. Призначити, з письмового дозволу Застрахованої особи, одну чи декількох осіб одержувачем (одержувачами) Страхової виплати – Вигодонабувачем (Вигодонабувачами) за Договором. Якщо Вигодонабувач не буде призначений, одержувачами Страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи, будуть її спадкоємці за законом.

13.1.2. Замінювати Вигодонабувача іншою особою протягом строку дії Договору, за згодою Застрахованої особи та за умови письмового повідомлення Страховика.

13.1.3. Достроково припинити дію Договору згідно з умовами чинного законодавства України, але за умови письмового повідомлення Страховика не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати припинення дії Договору.

13.1.4. Одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування.

13.1.5. Вносити пропозиції щодо зміни умов Договору шляхом укладання додаткових угод до діючого Договору.

13.1.6. Вимагати від Страховика дотримання конфіденційності інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування".

13.1.7. Отримувати від Страховика інформацію стосовно його фінансової стійкості, яка не є комерційною таємницею.

13.1.8. У випадку втрати Договору в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату, якщо Договір було укладено в паперовій формі. У випадку втрати Договору, укладеного у вигляді електронного документу, за письмовою заявою Страхувальника Страховик направляє Страхувальнику електронний примірник підписаного Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання заяви.

13.1.9. Відмовитися від Договору без пояснення причин протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, крім випадків зазначених в п. 12.14 Умов. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

13.2. Страхувальник зобов'язаний:

13.2.1. Ознайомитися з умовами страхування та засвідчити цей факт власноручним підписом або підписом уповноваженої особи Страхувальника (якщо Страхувальником виступає юридична особа).

13.2.2. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня прийняття Застрахованої особи на страхування **повідомити** в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, **Застраховану особу про укладений на її користь Договір** та ознайомити її з умовами страхування, і якщо Застрахована особа протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня прийняття її на страхування не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору, Договір вважається укладеним на її користь. Вимога стосується Страхувальників – юридичних осіб.

13.2.3. Сплачувати Страхові платежі у розмірі і строки, обумовлені Договором.

13.2.4. Перед укладанням Договору повідомити Страховика інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, уключаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки страхового ризику відносяться відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи; наявність умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, а також наявність страхового інтересу у Страхувальника щодо Об'єкту страхування, та інформація про чинні договори страхування, укладені щодо життя, здоров'я, працездатності Застрахованої особи.

13.2.5. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та строки, визначені розділом 8 Умов.

13.2.6. Повідомляти в письмовій формі Страховика про події (обставини), які вплинули (можуть вплинути) на рівень Страхового ризику, протягом 5 (п'яти) робочих днів з того моменту, коли Страхувальнику стане відомо про настання (можливе настання) таких подій – для прийняття Страховиком рішення про необхідність зміни істотних умов Договору.

13.2.7. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків Страхового випадку.

13.2.8. Повідомляти Страховика про зміни інформації, необхідної для ідентифікації Страхувальника (назви, організаційно-правової форми, юридичної (фактичної, поштової) адреси, банківських реквізитів тощо) і Застрахованої особи (прізвища, постійного місця проживання, адреси за місцем реєстрації, поштової адреси тощо) не пізніше 5 (п'яти) робочих днів з дня настання таких змін; надавати Страховика іншу необхідну інформацію.

13.2.9. На виконання вимог законодавства України з питань протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, надати інформацію та документи для здійснення належної перевірки або актуалізації даних Страхувальника/Вигодонабувача.

13.3. Страховик має право:

13.3.1. При укладанні та під час дії Договору вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки ступеня страхового ризику.

13.3.2. Перевіряти достовірність даних та інформації, наданої Страхувальником та/або Застрахованими особами, всіма доступними йому способами, які не суперечать законодавству України, зокрема вимагати інформацію медичних установ про стан здоров'я Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки рівня Страхового ризику за Договором.

13.3.3. Контролювати виконання Страхувальником і Застрахованими особами положень Договору, проводити незалежну перевірку обставин настання Страхового випадку.

13.3.4. Достроково припинити дію Договору у випадку надання Страхувальником (Застрахованою особою) недостовірних або неповних відомостей, які мають значення для оцінки Страхового ризику та для прийняття рішення щодо укладання Договору або отримання Страховиком інформації про обставини, які призвели (можуть призвести) до підвищення рівня Страхового ризику. Про дату припинення дії Договору Страховик повідомляє Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту прийняття відповідного рішення.

13.3.5. Вимагати зміни умов укладеного Договору (зокрема, збільшення розміру Страхових платежів) або дострокового припинення дії Договору у випадку зміни рівня Страхового ризику протягом строку дії Договору.

13.3.6. Відстрочити Страхову виплату, якщо за фактом смерті Застрахованої особи порушено кримінальну справу, до моменту припинення або закінчення розгляду справи. Якщо у Страховика є підстави для проведення власного розслідування за фактом смерті Застрахованої особи для повного з'ясування обставин настання Страхового випадку, він може відстрочити Страхову виплату на термін не більше 6 (шести) місяців.

13.3.7. При наявності сумнівів щодо повноти та достовірності документів і відомостей, які надані Страховику для здійснення Страхової виплати – відстрочити її до отримання підтвердження їх достовірності або отримання додаткових підтверджуючих документів і відомостей, але цей термін не може перевищувати 6 (шести) місяців.

13.3.8. Для прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, у разі необхідності, направляти запити до Компетентних органів для з'ясування причин та/або обставин настання Страхового випадку, а також вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи надання додаткових відомостей та документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку та/або розкривають його причини та обставини.

13.3.9. Відмовити у Страховій виплаті згідно з умовами, передбаченими розділом 10 Умов.

13.4. Страховик зобов'язаний:

13.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування.

13.4.2. При настанні Страхового випадку здійснити Страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається в п. 14.3 цих Умов.

13.4.3. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання заяви на здійснення Страхової виплати та всіх необхідних документів, передбачених розділом 8 Умов, прийняти рішення про здійснення Страхової виплати або про відмову у здійсненні Страхової виплати. Страховик повідомляє Страхувальника про прийняте рішення та, у разі відмови у Страховій виплаті, надає обґрунтування причин.

13.4.4. Здійснити Страхову виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про її здійснення, або надати Страхувальнику письмову обґрунтовану відмову. У випадку відстрочення Страхової виплати – в такий самий термін – письмово повідомити про це особу, яка подала заяву на здійснення Страхової виплати з обґрунтуванням причин відстрочення.

13.4.5. у разі зміни реквізитів для оплати Страхового платежу повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни за контактними даними Страхувальника, які зазначені у п. 2 Договору, за умови що Договір передбачає сплату Страхового платежу періодичними платежами.

13.4.6. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

13.4.7. Відмовитися від встановлення / продовження ділових відносин у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

13.5. Застрахована особа має право:

13.5.1. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування.

13.5.2. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати укладання Договору та за умови відсутності повідомлень про настання події, що має ознаки Страхового випадку, щодо Застрахованої особи, повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору на її користь, шляхом надсилання листа на адресу місцезнаходження Страховика або на електронну пошту office@uniqa.ua.

13.5.3. У разі настання Страхового випадку одержати від Страховика Страхову виплату згідно з умовами Договору;

13.5.4. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у Страховій виплаті або розмір Страхової виплати, здійсненої Страховиком.

13.6. Застрахована особа зобов'язана:

13.6.1. до прийняття на страхування повідомити Страховику інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання Договору щодо такої особи, та/або про розмір Страхової премії за Договором, уключаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання щодо такої Застрахованої особи Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки страхового ризику відносяться відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, наявність умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, інформація про чинні договори страхування, укладені щодо життя, здоров'я та працездатності Застрахованої особи.

13.6.2. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування свого життя.

13.6.3. Надати уповноваженому Страховиком лікарю з відповідним дозволом на право проведення медичного огляду можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

13.6.4. Вживати всіх необхідних заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків Страхового випадку.

13.7. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору.

13.8. Сторони також мають інші права та обов'язки, передбачені законодавством України або Договором, Умовами.

13.9. Сторони Договору зобов'язані своєчасно, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня настання змін повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну форми власності, організаційно-правову структуру та про інші зміни, які можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків за Договором страхування.

14. Порядок вирішення спорів. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

14.1. Спори, що виникають між Сторонами у зв'язку з Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди розглядаються у порядку, встановленому чинним законодавством України.

14.2. Сторони несуть відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору відповідно до чинного законодавства України.

14.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошових зобов'язань, в тому числі за несвоєчасне здійснення Страхової виплати або перерахування суми до повернення у разі дострокового припинення Договору, шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** суми заборгованості за кожний день прострочення, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

14.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором, якщо таке невиконання чи неналежне виконання було прямим наслідком обставин непереборної сили, що виникли або вступили в силу після укладення Договору. Під

обставинами непереборної сили маються на увазі надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені або відвернені Сторонами доступними їм засобами, у тому числі, але не виключно: стихійні лиха (урагани, смерчі, повені, землетруси тощо); політичні хвилювання, бунти, воєнні та інші обставини, що можуть вплинути на виконання умов Договору. Сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, повинна письмово сповістити іншу Сторону про настання цих обставин не пізніше 10 (десяти) діб з часу їхнього виникнення. Повідомлення повинне містити дані про настання та характер обставин, а також їхні можливі наслідки. Належним доказом існування обставин непереборної сили є відповідні документи, видані компетентними органами.

15. Додаткові умови

15.1. 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, Застрахованих осіб, які зазначені у реквізитах Сторін, або направлені з використанням ІКС, Кабінету клієнта my.UNIQA.ua, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін Застрахованих осіб, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Страховик також може направляти повідомлення Страхувальнику в інший спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення.

15.2. 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 ІКС, Кабінет клієнта my.UNIQA.ua, мобільний застосунок Страховика; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін та Застрахованої особи 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 протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту настання таких змін, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

15.3. Страховик та Страхувальник заявляють та гарантують, що їхні представники, які підписали Договір, належним чином уповноважені, та документи, що підтверджують їхні повноваження, належним чином видані, та на момент підписання Договору не були змінені та/або відкликані.

15.4. Страховик є резидентом України та оподатковується на загальних підставах.

15.5. 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 письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а також підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну згоду на обробку Страховиком їх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а саме згоду:

(1) на збирання персональних даних Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, передачу 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: з метою (1а) укладення та супроводження Договору; (1б) з'ясування обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до ЛПЗ та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевірки Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів на списки осіб, включених до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності, стосовно яких застосовано міжнародні санкції та переліку осіб щодо яких застосовано санкції, прийняті Радою національної безпеки і оборони України, здійснення заходів належної перевірки клієнтів; (1г) проведення маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідження рівня задоволеності

клієнтів страховими послугами Страховика; **(2)** на доступ до кредитної історії Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо зазначених осіб (в т. ч. інформації, яка міститься в державних реєстрах та інших базах публічного користування) в порядку, визначеному Законом України «Про організацію формування та обігу кредитних історій»; **(3)** на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страховик зберігає персональні дані Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів довше ніж це необхідно для встановлених цілей їх обробки у випадку, коли зберігання персональних даних вимагається законодавством України.

Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про таке: **(1)** їх персональні дані знаходяться за адресою місцезнаходження Страховика як володільця персональних даних та/або Партнерів; **(2)** джерелом збирання персональних даних є документи, подані Страхувальником/Застрахованими особами/Вигодонабувачами, та/або документи чи інформація, отримані Страховиком під час укладення чи виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб або з використанням електронних баз даних; **(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.

15.6. Підписанням Договору Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 85-88 Закону України «Про страхування». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на вебсайті Страховика за посиланням https://uniga.ua/initial_data/, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

15.7. Страхувальник підтверджує, що Застрахована особа повідомлена про укладення Договору на її користь на умовах, зазначених у Договорі, надала згоду на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) згідно Договору та зобов'язується виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (у т. ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застрахована особа не була повідомлена Страхувальником про страхування за Договором та/або не надала згоди на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував

15.8. 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.

15.9. Страхувальник за Договором не має права на бонуси від розміщення та управління активами, що покривають відповідні технічні резерви Страховика. Договором не передбачено збільшення розміру страхової суми та/або страхових виплат на суми, які визначаються Страховиком один раз на рік за фінансовими результатами його діяльності за рік (участь у прибутках Страховика) з урахуванням вимог нормативно-правових актів Національного банку України.

15.10. Оскільки договір не містить накопичувальної складової, параметр інвестиційного доходу не застосовується для розрахунку страхового тарифу та Договір не передбачає розмір (величину) гарантованого інвестиційного доходу.

15.11. Договори за цим страховим продуктом не передбачають індексацію (зміну) розміру страхової суми та/або страхових виплат за умови відповідної зміни розміру Страхової премії.

15.12. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Загальними Умовами та законодавством України. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення

або трактування окремих положень, зазначених в Загальних Умовах та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

15.13. Відповідно до ст. 14-3 Закону України «Про рекламу» підписанням Договору Страхувальник надає учасникам Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна» свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду, а також підтверджує, що отримав повну однозначну необмежену строком письмову згоду від Вигодонабувача на розповсюдження реклами учасниками Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», в тому числі страховим посередником або іншим розповсюджувачем реклами, який діє від імені учасника Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача. Страхувальник, Вигодонабувач мають можливість безкоштовно в будь-який час відмовитися від використання своїх даних з метою розповсюдження реклами та від отримання реклами з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача відповідно шляхом звернення за телефоном Страховика, зазначеним у Договорі.

15.14. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України. Клієнт підтверджує факт добровільної передачі Страховику/ страховому посереднику інформації з обмеженим доступом, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Клієнт надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком/страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.