

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

**1.1.** Ці Умови страхування (надалі – Умови) є невід’ємною частиною Пропозиції укласти електронний договір добровільного страхування життя «Життя і Відповідальність» (надалі – Пропозиція), який укладається у порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію».

**1.2.** Договір добровільного страхування життя «Життя і Відповідальність» (надалі – Договір) укладається відповідно до Закону України «Про страхування», Правил добровільного страхування життя ПрАТ «СК «УНІКА Життя», зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 19.11.2008 р., зі змінами та доповненнями, (надалі – Правила), Програми страхування №11, яка є невід’ємною частиною Правил (надалі – Програма страхування), у редакції, зареєстрованій 28.01.2010 р., ліцензії серії АЕ №522546 від 20.08.2014 р., із дотриманням вимог Законів України «Про страхування» та «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Правила та Програма страхування розміщені на офіційній веб-сторінці ПрАТ «СК «УНІКА Життя» в мережі інтернет за посиланням: [https://uniqa.ua/initial\\_data/](https://uniqa.ua/initial_data/)

**1.3.** За цим Договором Страховик за обумовлений у Договорі Страховий платіж здійснює добровільне страхування життя особи (надалі – **Застрахована особа**) зазначеної в п. 3 Пропозиції.

### 1.4. Визначення термінів:

**1.4.1. Вигодонабувач** – юридична або фізична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору для одержання Страхової виплати у разі настання Страхового випадку. У період дії Договору до настання Страхового випадку, Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право змінити особу Вигодонабувача, повідомивши про це Страховика письмово.

**1.4.2. Випусна сума** – грошова сума, яка підлягає виплаті Страхувальнику при достроковому припиненні дії Договору у випадках, визначених цим Договором, та розраховується актуарно.

**1.4.3. Госпіталізація** – стаціонарне лікування Застрахованої особи, необхідність якого була викликана нещасним випадком або хворобою, які сталися протягом строку дії Договору.

**1.4.4. Інвалідність** – соціальна недостатність Застрахованої особи внаслідок порушення її здоров’я, супроводжуваного стійким розладом функцій організму, яка призводить до обмежень життєдіяльності та необхідності державного соціального захисту Застрахованої особи. 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.

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

**1.4.6. Застрахована особа** – 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 цього Договору, вік Застрахованої особи розраховується як різниця між роком народження Застрахованої особи та роком, у якому Застрахована особа приймається на страхування. Особами, застрахованими згідно з цим Договором, не можуть бути:

**1.4.6.1.** особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах із профілактики та боротьби зі СНІДОМ;

**1.4.6.2.** особи, визнані в установленому порядку недеєздатними;

**1.4.6.3.** особи з інвалідністю I, II групи, діти з інвалідністю;

**1.4.6.4.** 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;

**1.4.6.5.** особи, які мають хронічні захворювання нервової системи (включаючи, але не обмежуючись епілепсією, наслідками інсультів);

**1.4.6.6.** особи, які вживають наркотичні (токсичні) речовини з метою наркотичного (токсичного) отруєння;

**1.4.6.7.** особи, які страждають алкоголізмом;

**1.4.6.8.** особи, які перебувають у місцях позбавлення волі.

**1.4.7.** У випадку повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою неправдивої інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи та/або наявності обставин (однієї чи декількох), визначених у п. 1.4.6 Умов, до дати початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

**1.4.8. 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 цього Договору, та оформлення (засвідчення) відповідних підтверджуючих документів.

**1.4.9. Нещасний випадок** – раптова, непередбачена (незалежна від волі Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача) подія, включаючи протиправні дії третіх осіб, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їх цілісності та функцій, деформацією та порушенням опорно-рухового апарату, викликаними зовнішнім впливом.

**1.4.10. Обставини непереборної сили (форс-мажор)** – події, які унеможливають виконання Сторонами Договору їх обов'язків, визначених цим Договором, у тому числі: військові дії та їх наслідки; терористичні акти; піратські дії; громадянські заворушення; страйки; заколоти; проголошення 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.

**1.4.11. 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 умов Договору. Якщо Застрахована особа вмирає протягом Періоду виживання, Страхова виплата за Додатковим страховим ризиком Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 4.2 Умов Страховиком не здійснюється, а здійснюється за ризиком Смерть Застрахованої особи в період дії Договору (п. 6.1.1 Пропозиції).

**1.4.12. 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 Додаткового страхового ризику Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 4.2 Умов, не визнаються Страховими випадками та Страхові виплати за ними не здійснюються. При продовженні Страховиком стосовно визначеної Застрахованої особи строку дії Договору, який передбачає покриття ризику Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 4.2 Умов, на діючих умовах, Період очікування повторно не застосовується.

**1.4.13. Період страхування** - визначений у п. 8 Пропозиції проміжок часу, за який сплачується відповідний страховий платіж.

**1.4.14. Смерть** – припинення фізіологічних функцій організму Застрахованої особи, які підтримують її життєдіяльність.

**1.4.15. Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні Страхового випадку.

**1.4.16. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, зобов'язаний здійснити виплату при настанні Страхового випадку. Розмір Страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору.

**1.4.17. Страхове покриття** – зобов'язання Страховика щодо здійснення Страхової виплати при настанні Страхового випадку, що виникло протягом строку дії Договору.

**1.4.18. Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату Страхової суми (або її частини) Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі, згідно з умовами Договору.

**1.4.19. Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору страхування. Страховий платіж за кожним страховим ризиком розраховується як добуток страхового тарифу та страхової суми за відповідним страховим ризиком.

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

**1.4.21. Страховий тариф** – ставка Страхового платежу з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

**1.4.22. Тілесне ушкодження** – 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).

**1.4.23. 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.

**1.5.** У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених у Правилах, Програмі страхування та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

**1.6.** Якщо інше не визначено цим Договором, то значення термінів, які у цьому Договорі вжито з великої літери, відповідає значенню, визначеному Правилами та Програмою страхування.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. СТРАХОВІ СУМИ

**2.1.** Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, яка надала Заяву на страхування.

**2.2.** Страховик бере на себе зобов'язання здійснювати страхові виплати Застрахованій особі або Вигодонабувачам, відповідно до умов Договору, Правил та Програми страхування, у разі настання Страхових випадків, визначених Розділом 6 Договору, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови цього Договору.

**2.3.** Заява на страхування є невід'ємною частиною Договору та містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, відомості щодо Вигодонабувачів інформацію щодо належності до публічних діячів та підпис Застрахованої особи або законного представника неповнолітньої Застрахованої особи.

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

## 3. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

**3.1.** Цей Договір діє **на території всіх країн світу (за виключенням Республіки Білорусь та Російської Федерації), 24 години на добу, 365 днів на рік.** Виконання зобов'язань за цим Договором здійснюється на території України. Дія Договору не поширюється на:

**3.1.1.** 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 лінії розмежування.

**3.1.2.** на території проведення воєнних дій будь-якого характеру; тимчасово окуповані, анексовані чи спірні території, території невизнаних Україною в установленому порядку держав; території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

**3.2.** Страхове покриття на території України (крім зазначеної в п. 3.1.1 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 6.1.1, 6.2.1 – 6.2.9 Пропозиції, які не мають причинно-наслідкового зв'язку із війною або військовими конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення з урахуванням виключень, передбачених у розділі 5 Умов.

## 4. СТРАХОВІ ВИПАДКИ



**4.1. Страховими випадками є події, зазначені як Страхові ризики з позначкою «Так» в розділі 6 Пропозиції, за винятком тих, які сталися при обставинах, зазначених у розділі 5 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. 6.2 Пропозиції, та трапилися внаслідок настання нещасного випадку, можуть бути визнані Страховими випадками за умови, що нещасний випадок трапився під час дії Договору.**

**4.1.1.** За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені пунктами 6.2.1 – 6.2.5, 6.2.8, 6.2.9 Пропозиції, які є наслідками нещасного випадку, що стався у період дії Договору, та відбулися протягом 12 (дванадцяти) місяців від дати нещасного випадку.

**4.1.2.** За умови надання Страховику відповідного медичного висновку, Страховик також визнає Страховими випадками події, визначені пунктами 6.2.4, 6.2.5 Пропозиції, 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.

**4.2.** Для цілей цього Договору, Сторони розуміють під **Критичними захворюваннями** перенесення Застрахованою особою нижчезазначених операцій та виявлення – вперше у період дії Договору – у Застрахованої особи нижчезазначених захворювань:

**4.2.1. 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.

**4.2.2. 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.

**4.2.3. 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.

**4.2.4. Параліч (параплегія, геміплегія, тетраплегія)** – повна та постійна втрата рухливої функції групи верхніх та/або нижніх кінцівок с 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.

**4.2.5. 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).

**4.2.6. 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.

**4.2.7. 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 пласкоклітинна карцинома;
- f) Злоякісна меланома стадії IA (T1a N0 M0);
- g) Всі злоякісні пухлини при наявності ВІЛ-інфекції.

**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.

**4.3.** Сторони домовилися, що Період виживання за Страховим випадком Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 4.2 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 цим Договором.

## 5. ВИКЛЮЧЕННЯ І ОБМЕЖЕННЯ

**5.1.** Не вважаються Страховими випадками події, визначені підпунктами 6.1.1, 6.2.1 – 6.2.9 Пропозиції, якщо вони сталися з Застрахованою особою внаслідок:

**5.1.1.** Навмисних дій Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача;

**5.1.2.** Скоєння Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем дій, в яких компетентними державними органами встановлено склад злочину;

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

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

**5.1.5.** 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;

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

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

**5.2.** Не вважаються Страховими випадками події, визначені підпунктами 6.1.1, 6.2.1 – 6.2.9 Пропозиції, що прямо чи опосередковано пов'язані з:

**5.2.1.** перебуванням Застрахованої особи у складі збройних сил будь-якої держави.

**5.2.2.** 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;

**5.2.3.** 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;

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

**5.2.5.** 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;

**5.2.6.** дією зброї будь-якого типу (крім протиправних дій третіх осіб не пов'язаних з подіями перерахованими в п.5.2 Умов, що підтверджено компетентними органами); ураженням мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни, вибухом застарілих боєприпасів;

**5.2.7.** 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).

**5.2.8.** 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);

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

**5.2.10.** 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, парапланеризм, альпінізм, скелелазіння, спелеологія.



**5.3.** Не надається Страхове покриття та не здійснюються Страхові виплати, якщо подія з числа визначених підпунктами 6.1.1, 6.2.1 – 6.2.9 Пропозиції відбулася внаслідок:

- а)** захворювання, яке було виявлено та/або на яке **хворіла Застрахована особа на дату початку дії Договору;**
- б)** захворювання, яке стало наслідком розвитку у Застрахованої особи хвороби, **кваліфікованої як передіснуючий стан.**

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:

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

**5.4.** Страховик звільняється від виконання обов'язків за Договором, якщо подія з числа визначених підпунктами 6.1.1, 6.2.1 – 6.2.9 Пропозиції 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 межами лікувального закладу); гінекологічними хворобами; косметичною або пластичною хірургією, за виключенням випадків, коли косметична або пластична операція була здійснена внаслідок події, визнаної нещасним випадком згідно цього Договору.

**5.5.** Події, зазначені у пункті 6.2.7 Пропозиції не визнаються Страховими випадками, якщо вони відбулися внаслідок:

**5.5.1.** 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);

**5.5.2.** 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;

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

**5.5.4.** Венеричних захворювань Застрахованої особи;

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

**5.5.6.** 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;

**5.5.7.** 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);

**5.5.8.** 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 единоборств, 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.

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

**5.5.10.** Підтвердженої лікарської помилки.

**5.6.** Страховик не здійснює Страхові виплати у зв'язку з подіями, що відбулися за Страховими ризиками, зазначеними у пунктах 6.2.8 та 6.2.9. Пропозиції у разі:

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

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

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

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



**5.7. Період очікування згідно п. 10.1 Пропозиції та п. 5.6.2 Умов не застосовуються до осіб, що виконують всі наступні умови:**

**5.7.1.** були раніше застраховані в Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «УНІКА Життя» за договором добровільного страхування життя «Життя і відповідальність» від ризиків, передбачених п. 6 Пропозиції;

**5.7.2.** 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).

## 6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

**6.1.** Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страхового платежу (першої частини Страхового платежу, якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) в розмірі та у строк, зазначені у п. 8 Пропозиції, але не раніше 00.00 годин дати, зазначеної у п. 9 Пропозиції як дата початку

строку дії Договору, а також отримання Страховиком належним чином заповненої Заяви на страхування.

**6.2.** Договір діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у п. 9 Пропозиції як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини (див. Розділ 7 Умов) не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати Страхового платежу.

### **6.3. У випадку сплати загального страхового платежу частинами:**

**6.3.1.** дія Страхового покриття продовжується на кожен наступний період страхування за умови сплати чергового страхового платежу в повному обсязі за відповідний період страхування не пізніше дати, встановленої у п. 8 Пропозиції як гранична дата строку сплати цього платежу.

**6.3.2.** У випадку несплати чергового страхового платежу повністю або частково у строки, встановлені у п. 8 Пропозиції, Страхове покриття не продовжується на наступний період страхування, при цьому:

**6.3.2.1.** якщо черговий страховий платіж за наступний період страхування сплачено в повному обсязі не пізніше, ніж через:

**6.3.2.1.1.** 10 (десять) робочих днів з дати, встановленої у п. 8 Пропозиції як гранична дата строку сплати чергового страхового платежу - при сплаті Страхових платежів один раз на рік;

**6.3.2.1.2.** 7 (сім) робочих днів з дати, встановленої у п. 8 Пропозиції як гранична дата строку сплати чергового страхового платежу - при сплаті Страхових платежів два рази на рік;

**6.3.2.1.3.** 5 (п'ять) робочих днів з дати, встановленої у п. 8 Пропозиції як гранична дата строку сплати чергового страхового платежу - при сплаті Страхових платежів щокварталу;

**6.3.1.2.4.** 3 (три) робочі дні з дати, встановленої у п. 8 Пропозиції як гранична дата строку сплати чергового страхового платежу - при сплаті Страхових платежів щомісяця, (які надалі разом іменуються «Періоди очікування страхового платежу» і кожний окремо «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.

**6.3.2.2.** якщо черговий страховий платіж не сплачено в повному обсязі у відповідний Період очікування страхового платежу або сплачено після закінчення відповідного Періоду очікування страхового платежу, Страхове покриття не продовжується на наступний період страхування та Договір припиняє свою дію з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування.

**6.3.3.** 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.



**6.4.** 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 цим Договором, у т.ч. впродовж відповідного Періоду очікування страхового платежу.

## **7. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

**7.1.** Дія Договору припиняється за згодою Сторін, а також у наступних випадках:

**7.1.2.** закінчення строку його дії;

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

**7.1.4.** ліквідації Страхувальника-юридичної особи (якщо Застрахована особа або інша особа не візьмуть на себе зобов'язання Страхувальника) або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності (у разі смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності дія Договору припиняється стосовно такої Застрахованої особи);

**7.1.5.** ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

**7.1.6.** у випадку прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним, а також у разі його укладання після настання Страхового випадку;

**7.1.7.** за вимогою Страхувальника або Страховика у порядку, передбаченому п.8.1.3 та 8.3.3 Умов.

**7.1.8.** в інших випадках, передбачених чинним законодавством України та/або цим Договором.

**7.2.** Усі зміни та доповнення до цього 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 переукладення Договору. 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.

**7.3.** Сторона-ініціатор внесення змін чи доповнень до Договору направляє іншій Стороні відповідну пропозицію,

зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору. Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в тридцятиденний строк з дня її отримання повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору, протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня закінчення строку для її розгляду вважається відхиленням одержаної пропозиції. У разі відхилення пропозиції Договір достроково припиняє свою дію (якщо інші наслідки відхилення пропозиції не зазначені у пропозиції) з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію (якщо інший строк не зазначений у пропозиції). У випадку припинення Договору у зв'язку з відхиленням пропозиції про внесення змін до Договору, фактично сплачені страхові платежі повертаються Страхувальнику у порядку, визначеному в пункті 7.5 Умов. У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони укладають додаткову угоду до Договору, скріплюючи її власноручними підписами, або підписують шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, або переукладають Договір. Якщо Сторона, яка одержала пропозицію внести зміни до Договору, у межах строку для відповіді вчинила дію відповідно до вказаних у пропозиції умов (сплатила страховий платіж тощо), що засвідчує її бажання внести зміни до Договору, ця дія є прийняттям пропозиції, якщо інше не вказане в пропозиції.

**7.4.** Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої на реквізити, зазначені у Договорі, або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 8.7 Умов, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.



**7.5. Викупна сума** – грошова сума, яка підлягає виплаті Страхувальнику при достроковому припиненні дії Договору страхування у випадках, визначених Правилами та в п. 7.7 Умов.

Викупна сума за Договором не дорівнює сумі сплачених Страхувальником Страхових платежів, а розраховується Страховиком математично на день припинення Договору, залежно від періоду, протягом якого діяв Договір, згідно з методикою, наведеною нижче:

Дпп - дата початку поточного оплаченого періоду страхування;

Дзп - дата закінчення поточного оплаченого періоду страхування;

Дрд - дата дострокового припинення Договору (дата розрахунку Викупної суми);

РВ - розмір витрат на ведення справи зазначений у відсотках від Страхового платежу;

СП - страховий платіж сплачений в цьому періоді страхування;

ВС - Викупна сума на дату розрахунку;

**$ВС = (Дзп - Дрд) / (Дзп - Дпп) * (1 - РВ) * СП$**

РВ за умовами цього Договору становить 50%.



**7.6.** Для отримання викупної суми 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. Виплата Викупної суми здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту дострокового припинення дії Договору страхування, згідно умов Договору. Страховик несе майнову відповідальність за порушення терміну виплати Викупної суми, шляхом сплати Страхувальнику 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.

**7.7.** Страховик має право за власною вимогою достроково припинити дію Договору у випадках, передбачених Договором, повідомивши про це Страхувальника не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору. У випадку дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страховик повертає Страхувальнику частину оплаченого Страхового платежу, що відповідає періоду від дня, наступного за днем припинення дії Договору, до кінця періоду, за який було здійснено оплату даного Страхового платежу, за вирахуванням витрат Страховика на ведення справи в розмірі 50%. При цьому сума даного повернення частини Страхового платежу не може бути меншою ніж величина викупної суми, що сформована на дату припинення дії договору страхування.

## 8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 8.1. Страхувальник має право:

**8.1.1.** 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.

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

**8.1.3.** 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. Договором не передбачено право Страхувальника на відмову від Договору. Припинення зобов'язань за Договором на вимогу Страхувальника відбувається у порядку дострокового припинення дії Договору за ініціативою Страхувальника, передбаченому цим пунктом Договору.

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

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

### 8.2. Страхувальник зобов'язаний:

**8.2.1.** Ознайомитися з умовами страхування та Правилами.



**8.2.2.** Ознайомити Застраховану особу з умовами страхування.

**8.2.3.** Сплачувати Страхіві платежі у розмірі і строки, обумовлені Договором.

**8.2.4.** Повідомити Страховика про настання Страхового випадку згідно з умовами розділу 9 цього Договору.

**8.2.5.** 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.

**8.2.6.** Вживати всіх необхідних заходів для запобігання і зменшення шкоди життю та здоров'ю Застрахованої особи.

**8.2.7.** Повідомляти Страховика про зміни інформації, необхідної для ідентифікації Страхувальника 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 Страховику іншу необхідну інформацію.

**8.2.8.** 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 Страхувальника.

### **8.3. Страховик має право:**

**8.3.1.** 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.

**8.3.2.** Контролювати виконання Страхувальником і Застрахованою особою положень цього Договору, проводити незалежну перевірку обставин настання Страхового випадку.

**8.3.3.** 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.

**8.3.4.** 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.

**8.3.5.** 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.

**8.3.6.** 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.

**8.3.7.** 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.

**8.3.8.** Відмовити у Страховій виплаті згідно умов, передбачених розділом 13 Умов.

### **8.4. Страховик зобов'язаний:**

**8.4.1.** Ознайомити Страхувальника з Правилами та Програмою страхування.

**8.4.2.** Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати Страхувальнику.

**8.4.3.** Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання заяви на здійснення Страхової виплати та всіх необхідних документів, передбачених пунктами 10.1. – 10.6. 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.

**8.4.4.** 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.

**8.4.5.** Не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застраховану особу та їх майнове становище, за винятком випадків, передбачених законом.

### **8.5. Застрахована особа має право:**

**8.5.1.** одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором, Правилами та Програмою страхування;

**8.5.2.** у разі настання Страхового випадку одержати від Страховика Страхову виплату згідно з умовами Договору у строк, вказаний у пункті 12.4 Умов;

**8.5.3.** оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у Страховій виплаті або розмір Страхової виплати, здійсненої Страховиком.

#### **8.6. Застрахована особа зобов'язана:**

**8.6.1.** При прийнятті на страхування надати достовірні відомості про свій вік, професію, стан здоров'я та перенесені захворювання, а також інші відомості, яких вимагає Страховик для визначення рівня Страхового ризику та розміру Страхового тарифу.

**8.6.2.** Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування свого життя.

**8.6.3.** 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 Застрахованій особі стане відомо про настання (можливе настання) таких подій (наприклад зміну умов праці, переїзд на інше місце проживання, виявлення тяжких захворювань, зміну відомостей, зазначених у Заяві на страхування, і т. ін.).

**8.6.4.** 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;

**8.6.5.** Вживати всіх необхідних заходів для запобігання і зменшення шкоди своєму життю та здоров'ю.

**8.7.** Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну засобу зв'язку Страхувальника).

## **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**



**9.1.** У разі настання подій, які мають ознаки Страхових випадків, згідно умов цього Договору, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач (спадкоємці Застрахованої особи за законом) зобов'язаний:

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



**+38 (044) 225 60 00**

**+38 096 170 03 72 (Київстар),**

**+38 050 170 03 72 (Vodafone),**

**+38 093 170 03 72 (Lifecell)**

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

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

**9.1.4.** подати письмову Заяву на здійснення Страхової виплати та інші документи, визначені розділом 10 цих Умов:

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

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

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.9.1.4 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.

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

**9.3.** 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 відшкодовує Страховику витрати на такий медичний огляд.

## **10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ДЛЯ ВИПЛАТИ**

**10.1.** Для отримання Страхових виплат за цим Договором, Страховику мають бути надані документи, які підтверджують настання Страхового випадку, видані відповідними Компетентними органами (медичним закладом, судом, органами внутрішніх справ, РАЦСу тощо) відповідно до чинного законодавства України, а також:

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

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

**10.1.3.** Копію **довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру** одержувача виплати (або копію документу згідно п. 10.1.2. Умов, в якому міститься інформація про цей номер чи відмітка про відсутність індивідуального податкового номеру), засвідчену підписом власника таких документів.

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

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

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

**10.3.** 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);

**10.4.** 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.

**10.5.** 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.

**10.6.** 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.

**10.7.** Будь-які витрати, пов'язані з отриманням або нотаріальним посвідченням документів (їх дублікатів, копій), вказаних в пп.10.1-10.6 Умов, несе особа, яка подає заяву на виплату.

**10.8.** 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.

## 11. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ



**11.1.** При настанні Страхового випадку **Смерть Застрахованої особи** (п. 6.1.1 Пропозиції) та **Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку** (п. 6.2.1 Пропозиції) 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.

**11.2.** При настанні Страхового випадку **Інвалідність Застрахованої особи** (пп. 6.2.2-6.2.5 Пропозиції), Страховик здійснює на користь Застрахованої особи одноразову Страхову виплату у розмірі:

**а) 100% Страхової суми**, встановленої Договором за Страховим випадком, визначеними пп. 6.2.2 – 6.2.5 Пропозиції– при встановленні компетентною лікарською комісією I групи інвалідності Застрахованої особи;

**б) 85% Страхової суми**, встановленої Договором за Страховим випадком, визначеними п. 6.2.3, п. 6.2.5 Пропозиції– при встановленні Компетентною лікарською комісією II групи інвалідності Застрахованої особи або встановлення інвалідності Застрахованій особі, яка не досягла 18-річного віку.

**11.2.1.** 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 11.2. 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.

**11.3.** При настанні Страхового випадку **Травматичні тілесні ушкодження, отримані Застрахованою особою** (п. 6.2.6 Пропозиції), Страховик здійснює Страхові виплати на користь Застрахованої особи **згідно з Таблицею «Страхові виплати при травматичних тілесних ушкодженнях, отриманих Застрахованою особою»** (Додаток №2 до цього Договору).

**11.4.** При настанні під час дії Договору Страхового випадку **Критичне захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 4.2. Умов** (п. 6.2.7 Пропозиції), Страховик зобов'язується здійснити на користь Застрахованої особи одноразову страхову виплату в розмірі **100% страхової суми**, встановленої за цим Страховим випадком, та з урахуванням п. 12.6. Умов.

**11.5.** При настанні під час дії Договору Страхового випадку **Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку** з урахуванням п. 5.6 Умов (п. 6.2.8 Пропозиції) або **Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та внаслідок хвороби, яку вперше було діагностовано у Застрахованої особи** під час дії Договору, з урахуванням п. 5.6 Умов (п. 6.2.9 Пропозиції) 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.

## 12. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

**12.1.** Страхова виплата здійснюється Страховиком на користь Застрахованої особи, Вигодонабувача відповідно до положень Договору, Умов та чинного законодавства України, на підставі заяви Застрахованої особи, Вигодонабувача та страхового акту.

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

**12.3.** 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 10 Умов. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати Страховик в цей строк складає Страховий акт.

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



**12.5.** Будь-які Страхові виплати за цим 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.

**12.6.** 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.

Для багаторічних договорів виплата відшкодування за окремою хворобою / станом / захворюванням з переліку «Критичних захворювань» згідно з п.4.2. 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.

## 13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ

**13.1.** Підставою для відмови Страховиком у Страховій виплаті є:

**13.1.1.** навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців), спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням вказаними особами громадянського чи службового обов'язку, дії, вчинені в стані необхідної оборони (без перевищення її меж). Кваліфікація дій Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувачів, їх спадкоємців встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

**13.1.2.** Вчинення Вигодонабувачем або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до Страхового випадку.

**13.1.3.** Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей щодо питань, які містяться у Заяві на страхування, або про факт, причини та/або обставини настання Страхового випадку.

**13.1.4.** Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, їх спадкоємцями) Страховика про настання Страхового випадку (згідно Розділу 9 Умов) без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин настання Страхового випадку.

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

**13.1.6.** Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) вимог пунктів 8.2.5, 8.2.6 та 8.6.3, 8.6.4 Умов.

**13.1.7.** Інші випадки, передбачені чинним законодавством України та/або цим Договором.

## 14. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

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

**14.2.** Страховик несе майнову відповідальність за несвоечасне виконання грошових зобов'язань, в тому числі за несвоечасне здійснення виплати Випусної суми, 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.

## 15. ІНШІ 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, які зазначені у реквізитах, або направлені з використанням ІТС, електронних адрес Сторін, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер).

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

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІТС; а при відправці поштовим зв'язком – дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу згідно п. 8.7 Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

**15.2.** Будь-які спори між Страховиком і Страхувальником вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди спори передаються на розгляд до суду у порядку, передбаченому законодавством України.

**15.3.** З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), а саме згоду на:

(1) на передачу своїх персональних даних та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: у зв'язку із (1а) укладенням та супроводженням Договору; (1б) з'ясуванням обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевіркою належності Страхувальника до осіб, на яких поширюється дія санкцій; (1г) проведенням маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідженням рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика;

(2) на доступ до кредитної історії Страхувальника, 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.

Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку. Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений про наступне:

(1) з моменту укладення Договору їх персональні дані будуть включені до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, та/або баз персональних даних Партнерів з місцезнаходженням таких персональних даних за адресою місцезнаходження Страховика та/або Партнерів відповідно;

(2) персональні дані обробляються в обсязі, що міститься в Договорі та інших документах, поданих Страхувальником Страховику під час укладення Договору, та/або тих документах, які будуть отримані Страховиком під час виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб;

(3) свої права відповідно до Закону.

**15.4.** Підписанням цього Договору Сторони підтверджують, що Страхувальник та Застрахована особа отримали всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та засвідчують, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страховиком страхувальників та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

**15.5.** Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань за цим Договором, якщо таке невиконання було прямим наслідком обставин непереборної сили, що виникли або вступили в силу після підписання даного Договору. Сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, при яких неможливе виконання зобов'язань за Договором 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 довідка Торгово-промислової палати України.

**15.6.** 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.

**15.7.** Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує факт ознайомлення з Правилами та Програмою страхування, розміщеними на офіційній веб-сторінці ПрАТ «СК «УНІКА Життя» в мережі інтернет за посиланням: [https://uniqa.ua/initial\\_data/](https://uniqa.ua/initial_data/).

**15.8.** Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються закладом охорони здоров'я Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо закладу охорони здоров'я). У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від закладу охорони здоров'я інформацію та/або документи, що визначені цим Договором для встановлення факту та/або обставин, причин, наслідків настання Страхового випадку, то відповідно, Страховик не може виконати свої зобов'язання за цим Договором стосовно відповідної Застрахованої особи. У цьому разі жодні претензії щодо порушення Страховиком зобов'язань за Договором стосовно Застрахованої особи не приймаються до розгляду та не підлягають задоволенню, та Страховик звільняється від відповідальності за Договором стосовно Застрахованої особи, яка не надала згоду на поширення своїх даних, що становлять лікарську таємницю.