

ПРОПОЗИЦІЯ

щодо укладення електронного Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (публічна частина)

Дата вчинення:
25.03.2024 р.

1. Дана Пропозиція щодо укладення електронного Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – «Пропозиція») **Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА»** (надалі – «Страховик») передбачає порядок укладення електронного Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – «Договір») через інформаційно-телекомунікаційну систему (надалі – «ІТС») Страховика або його страхового агента із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронні довірчі послуги».

2. Страховим агентом за Договором є **АТ КБ «ПРИВАТБАНК»**, код ЄДРПОУ - **14360570**, місцезнаходження: **01001, м. Київ, вул. Грушевського, 1д**.

3. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (Додаток №1 до Пропозиції), які розроблені відповідно до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованих Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України (Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг) за № 0471928 від 26.07.2007 р., (надалі – «Правила»), та на підставі ліцензії Серії АЕ № 293970, виданої (в порядку переоформлення) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 07.08.2014 р. (строк дії з 26.07.2007 р. безстроково), **за класом страхування 2 "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)"**, що включає ризик у межах класу страхування - страхування на випадок хвороби.

4. Пропозиція, Умови страхування до Договору (Додаток № 1 до Пропозиції), Перелік захворювань та розмір страхових виплат (Додаток № 2 до Пропозиції) та Правила розміщені на офіційній веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://uniqa.ua>.

5. Терміни та визначення:

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

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

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

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

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

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

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

Госпіталізація/лікування в умовах стаціонару/стаціонарне лікування – цілодобове перебування та проходження курсу лікування в закладах охорони здоров'я (далі – «ЗОЗ»), акредитованих в Національній службі здоров'я України належним чином (перелік таких ЗОЗ можна перевірити за посиланням <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>), що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі – «ВМД») та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі – «ТМД»), а саме: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування (далі – «ЛІЛ») першого та другого рівнів, багатопрофільні дитячі лікарні (клінічні лікарні), інтенсивного лікування (далі – «ДитЛІЛ»), лікарні відновлювального лікування (далі – «ЛВЛ»), лікарні планового лікування (далі – «ЛПЛ»), хоспіси, спеціалізовані медичні центри (далі – «СМЦ»), багатопрофільні обласні лікарні (клінічні лікарні), багатопрофільні обласні дитячі лікарні (клінічні лікарні), високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками). Скерування на госпіталізацію до закладу ВМД чи ТМД передбачає заповнення лікарем або медичним працівником служби швидкої медичної допомоги відповідного направлення на госпіталізацію (консультацію), що зареєстроване в обліковій системі ЗОЗ та може бути перевірено Страховою Компанією в e-HEALTH. Не вважаються госпіталізацією/лікуванням в умовах

стаціонару/стаціонарним лікуванням лікування в умовах денного стаціонару, стаціонару на дому, будь-якого іншого виду амбулаторного лікування.

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

6. Порядок укладення Договору:

6.1. Договір укладається шляхом приєднання Клієнта до Договору, який наданий йому для ознайомлення у вигляді електронного документа, в порядку, передбаченому п. 3 ч. 2 ст. 6 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

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

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

6.4. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом пропозиції Страховика укласти електронний Договір страхування вважається:

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

б) підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, який направляється на номер засобу мобільного зв'язку Клієнта, наданий Клієнтом Страховому агенту як номер засобу мобільного зв'язку Страхувальника під час укладення Договору, або цифрового власноручного підпису.

6.5. На підписаний Клієнтом Договір автоматично відразу накладається кваліфікована позначка часу АЦСК АТ КБ «ПРИВАТБАНК».

6.6. Договір з накладеною кваліфікованою позначкою часу підписується Страховиком в особі уповноваженого представника -співробітника Страхового агента шляхом накладення кваліфікованого електронного підпису (КЕП).

6.7. Після підписання Договору та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

6.8. Факт укладення Договору підтверджується Полісом, який разом з Публічною частиною Договору у формі електронного документа доступний Страхувальнику в Приват24 та може бути на прохання Страхувальника додатково направлений Страховим агентом на засіб електронного зв'язку, наданого Страхувальником у заяві на страхування.

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

6.10. Дата, час накладення Сторонами підписів на Договір(в тому числі накладення кваліфікованої позначки часу АЦСК АТ КБ «ПРИВАТБАНК» на Поліс, який направляється Клієнту), повідомлення про підтвердження укладення Договору та обмін повідомленнями між Сторонами зберігається в електронній базі Страховика.

6.11. Номер Договору присвоюється Страховиком після здійснення Клієнтом акцепту відповідно до п. 6.4. даної Пропозиції та зазначається у Полісі.

6.12. **Дана Пропозиція набуває чинності з «25» березня 2024 року.** Дана Пропозиція діє до дати відкликання її Страховиком шляхом оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції.

Додаток № 1: Умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

Додаток № 2: Перелік захворювань та розмір страхових виплат.

СТРАХОВИК:

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА»

код ЄДРПОУ 20033533

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

Тел. (044) 225 60 00;

E-mail: office@unika.ua

п/р UA94305299000026503040100998 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. Загальні положення

1.1. Ці Умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – «Умови») є невід'ємною частиною Пропозиції від 25.03.2024 р. щодо укладення електронного Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

1.2. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

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

1.4. Франшиза за умовами Договору не застосовується.

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

1.6. Територія дії Договору - територія України.

1.6.1. Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території Донецької та Луганської областей, а також

Автономну Республіку Крим, на території, які офіційно визнані зонами військових дій (збройних конфліктів), місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, які визнано зонами відчуження внаслідок аварії на ЧАЕС.

1.7. Вигодонабувачем за Договором є Застрахована особа - за страховими випадками, зазначеними в п. 2.2.2. Умов); або Вигодонабувач за законом – за страховим випадком зазначеним в п. 2.2.1. Умов.

1.8. Страхова сума (загальна), страховий тариф, страховий платіж (загальний), період дії Договору визначаються клієнтом (Страхувальником) із запропонованих Страховиком варіантів під час акцептування Пропозиції та зазначаються в п. 8, п. 9, п.10 Полісу відповідно.

1.9. Страхова сума (загальна) за Договором встановлюється в одному із наступних розмірів: **50 000 грн., 75 000 грн. або 100 000 грн.** та зазначається в п. 8 Полісу.

1.10. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

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

В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, новий розмір страхового тарифу за Договором встановлюється з дати наступної за датою завершення періоду страхування, в якому відбулося відповідне збільшення віку Застрахованої особи. При збільшенні розміру страхового тарифу розмір страхового платежу за Договором пропорційно збільшується.

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

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

Загальний страховий платіж здійснюється одноразово в момент укладання Договору або щомісячно рівними частинами у розмірі, зазначеному в п. 11.2. Полісу грн. Страховий

платіж здійснюються за реквізитами: **рахунок № UA943052990000026503040100998 в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20033533.**

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

1.12. Строк дії Договору.

Договір укладається строком на 12 (дванадцять) місяців. Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страховика загального страхового платежу (першої частини загального страхового платежу, якщо загальний страховий платіж сплачується щомісячними рівними частинами) в розмірі та у строк, зазначені в Полісі, але не раніше 00.00 годин дати, зазначеної у Полісі як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у Полісі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші

обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу. Договором встановлюється період страхування строком в 1 рік – у випадку сплати загального страхового платежу одноразово; та строком в 1 місяць – у випадку сплати загального страхового платежу щомісячними рівними частинами.

У разі сплати загального страхового платежу щомісячними рівними частинами, сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем надходження частини загального страхового платежу на поточний рахунок Страховика в повному розмірі та діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом останнього дня періоду страхування, в якому відбулася сплата такої частини загального страхового платежу. Якщо частина загального страхового платежу надходить в діючому періоді страхування, то наступний сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем закінчення діючого періоду страхування.

У разі відсутності письмової заяви однієї із Сторін про припинення або зміну умов Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів до закінчення строку дії Договору він вважається продовженим на той самий строк і на тих самих умовах, які були передбачені Договором, за умови:

- сплати Страхувальником страхового платежу за наступний період страхування,
- чинності договору доручення між Страховиком та Страховим агентом, за сприяння якого укладено Договір, на дату продовження дії Договору.

У разі втрати чинності вказаного в цьому пункті договору доручення між Страховиком та Страховим агентом з будь-яких підстав на дату продовження дії Договору, Страховик повідомляє Страхувальника про припинення дії Договору та протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту Страхувальника повертає страхові платежі, сплачені Страхувальником за наступні періоди страхування.

1.13. У випадку несплати чергової частини загального страхового платежу повністю або частково у строки, встановлені у Договорі, Страхові покриття за Договором не продовжується на наступний період страхування та припиняє свою дію з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою закінчення попереднього сплаченого періоду страхування. Страховик звільняється від обов'язку щодо здійснення страхової виплати за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті чергової частини загального страхового платежу за цим Договором. При цьому у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором у наступні періоди страхування, за які страховий платіж повністю або частково не сплачений у передбачені Договором розміри та строки.

2. Страхові випадки, виключення із страхових випадків

2.1. ХВОРОБАМИ за цим Договором вважаються вперше діагностовані під час строку дії цього Договору: інфекційні та паразитарні хвороби; новоутворення; хвороби ендокринної системи; хвороби крові, кровотворних органів, системи кровообігу; хвороби нервової системи; хвороби органів дихання; хвороби органів травлення; хвороби сечостатевої системи; хвороби кістково-м'язової системи, - та визначені в Додатку 2 до Пропозиції.

2.2. Страховими випадками за Договором є наступні події, що мали місце під час дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку передбаченого Додатком №2 “Перелік захворювань та розмір страхових виплат.” до Пропозиції (надалі - “Додаток №2 до Пропозиції”, “Таблиця виплат”), та підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судом тощо):

2.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання;

2.2.2. Факт настання у Застрахованої особи Хвороби, перелік яких зазначено в п. 2.1. Умов.

2.3. Зазначена у Договорі смерть Страхувальника визнається страховим випадком, якщо хвороба/би наступили впродовж строку дії цього Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку передбаченого Додатком №2 до Пропозиції, та між хворобою і смертю Страхувальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок.

2.4. Страховими випадками не визнаються наслідки хвороб (діагностування хвороби, смерті внаслідок хвороби), які сталися як результат або під час вживання Страхувальником алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів; отруєння Страхувальника наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Страхувальника третіми особами; навмисного заподіяння Страхувальником собі тілесних ушкоджень; нараження себе невиправданому ризику; самогубства, замаху на самогубство Страхувальника, за винятком випадків, коли він (вона) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб; керування Страхувальником транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління ним (нею) особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом.

2.5. Страховик не здійснює страхову виплату за випадками, передбаченими Додатком №2 до Пропозиції “Перелік захворювань та розмір

страхових виплат”, які виникли та/або були встановлені (виявлені) під час дії попереднього договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, укладеного із Страховиком.

2.6. За Договором встановлюється період очікування страхового випадку - проміжок часу від дати початку дії Договору (дати поновлення дії страхового покриття за Договором після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого страхове покриття за Договором не діє по конкретному захворюванню згідно Додатку №2 Пропозиції. Період очікування страхового випадку для кожного захворювання, передбаченого Договором, встановлюється строком в календарних днях відповідно до Додатку №2 до Пропозиції. При прийнятті рішення щодо страхової виплати за окремим страховим випадком строк дії періоду очікування страхового випадку може бути переглянуто Страховиком в сторону зменшення.

3. Права та обов'язки Сторін. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

3.1. Страховик зобов'язаний:

3.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування.

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

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

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

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

3.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором; отримати згоду третіх осіб (Застрахованих осіб) на страхування за цим Договором та ознайомити їх з умовами страхування.

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

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

3.2.6. Повідомити Застрахованій особі, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом, є обов'язковою умовою Договору.

3.2.7. Для вирішення питання про здійснення страхової виплати надати Страховику документи, зазначені у відповідному розділі цих Умов.

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

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

3.3. Страховик має право:

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

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

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

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

3.3.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало

відомо про обставини, зазначені у відповідному розділі Умов.

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

3.3.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 180 (ста вісімдесяти) робочих днів.

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

3.4. Страхувальник має право:

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

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

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

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

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

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

4. Порядок зміни і припинення дії Договору

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

4.1.1. закінчення строку його дії;

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

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

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

4.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.

4.1.6. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. Датою повідомлення вважається дата отримання рекомендованого або цінного листа з описом вкладення іншою Стороною. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за адресою, зазначеною в Договорі як адреса її місцезнаходження, або в разі зміни адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 3.5 Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання Стороною - ініціатором розірвання Договору листа іншій Стороні.

У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі **30%** від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі у повному розмірі. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі **30%** страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

4.2. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в електронній або письмовій формі шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору, або шляхом переукладення Договору.

У випадку внесення змін до Договору за ініціативи Страхувальника, останній оформлює заяву на внесення змін через ІТС або надсилає Страховику в

письмовій формі на адресу Страховика, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору, а також персональні дані Страхувальника/Застрахованої особи (прізвища, ім'я, по батькові, адреси реєстрації, дати народження, реєстраційного номеру облікової картки податку, номеру мобільного зв'язку, email, тощо), та направляє на розгляд Страховику.

У випадку внесення змін до Договору страхування за ініціативи Страховика, останній надсилає пропозицію про внесення змін Страхувальнику шляхом направлення рекомендованого листа на адресу Страхувальника або шляхом направлення повідомлення з використанням ІТС та/або електронної адреси Страхувальника, зазначеної у Договорі, або з використанням засобу мобільного зв'язку Страхувальника (у т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

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, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У такому випадку Договір достроково припиняє свою дію за згодою Сторін з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію.

У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони укладають додаткову угоду до Договору, скріплюючи її власноручними підписами, або підписують шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, або переукладають Договір. Додаткова угода також може бути підписана Страхувальником шляхом використання аналогу його власноручного підпису (цифровим власноручним підписом).

Якщо Сторона, яка одержала пропозицію внести зміни до Договору, у межах строку для відповіді вчинила дію відповідно до вказаних у пропозиції умов (сплатила страховий платіж тощо), що засвідчує її бажання внести зміни до Договору, ця дія є прийняттям пропозиції, якщо інше не вказане в пропозиції.

Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої на реквізити Сторони (адресу чи засіб мобільного зв'язку), зазначені у Договорі, або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 3.5 Умов, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

5. Умови здійснення страхових виплат

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

строк не пізніше двох місяців з дня настання події, повідомити Страховика про її настання.

5.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник або Застрахована особа у строк не пізніше двох робочих днів з дня закінчення лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи — спадкоємець (-ці) у строк не пізніше 2 місяців з дня настання події, повинні звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку.

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

- у разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п.2.2.1. Умов:

а) копію свідоцтва про смерть;

б) копію лікарського свідоцтва про смерть;

в) виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином;

г) для спадкоємців – копія свідоцтва про право на спадщину.

- у разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.2.2.2. Умов:

а) виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, завірену належним чином;

б) копію листка непрацездатності Застрахованої особи (на вимогу Страховика).

5.3.1 У разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п. 2.2.2. Умов, Страховик може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інші документи про обставини і причини

страхового випадку, окрім зазначених в п. 5.3. Умов, а саме документи, які мають бути оформлені у відповідності до алгоритму надання первинної або вторинної медичної допомоги в Україні. Такими документами можуть бути паперові або електронні документи, оформлені сімейним лікарем або в закладах охорони здоров'я в системі ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я) та/або в системі МІС (медична інформаційна система). До таких документів можуть відноситись, в залежності від алгоритму надання допомоги, наступні медичні документи:

а) Направлення (в тому числі електронне від сімейного лікаря, лікаря вторинної ланки медичної допомоги, лікаря приймального відділення, бригади швидкої медичної допомоги) на послугу госпіталізація;

б) Результати лабораторних та інструментальних досліджень на початку лікування та при виписці, які необхідні для діагностики та контролю якості лікування;

в) Рецепти для продовження лікування, розпочатого в стаціонарі.

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

5.3.3. Страховик має право вимагати інші документи, що підтверджують факт настання страхового випадку.

5.3.4. До розгляду, за згодою Страховика, можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п. 5.3. Умов, в тому числі в електронному вигляді.

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

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

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

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

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

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

5.3.4.3. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що надаючи Страховику (Страховому агенту) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Останній розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

5.4. Страхова виплата при настанні страхового випадку, передбаченого Договором, здійснюється Страховиком у розмірах, зазначених в Розділі 6 Полісу та на підставі Додатку № 2 до Пропозиції, з урахуванням умов п. 11.6. Полісу.

5.4.1. Страхова виплата за однаковим захворюванням здійснюється не більше одного разу протягом року.

У разі причинно-наслідкового зв'язку декількох захворювань однієї групи органів, страхова виплата здійснюється по найбільш важкому.

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

5.5. Страховик протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання заяви про настання страхового випадку та отримання страхової виплати і документів, передбачених п. 5.3. Умов, приймає

рішення про здійснення страхової виплати, яке оформляється Страховим актом, або про відмову в здійсненні страхової виплати.

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

Страхове відшкодування виплачується Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на один з її рахунків, відкритих в АТ КБ ПРИВАТБАНК, у випадку відсутності таких в АТ КБ ПРИВАТБАНК, на будь-який інший, зазначений у заяві на виплату страхового відшкодування. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхове відшкодування виплачується її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата може здійснюватися на рахунок Застрахованої особи, що був відкритий в АТ КБ «ПРИВАТБАНК» для її подальшого розподілу та виплати відповідно до законодавства, в т.ч. в порядку спадкування.

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

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

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

6. Причини відмови у страховій виплаті

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

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

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

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

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

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

6.1.6. У випадку звернення Застрахованою особою протягом року вдруге та більше за страховою виплатою за однаковим захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату у відповідності до Таблиці виплат, що наведена в Додатку №2 до Пропозиції.

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

6.1.8. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін.

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

6.1.10. Інші випадки, передбачені законодавством України.

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

- 1) які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;
- 2) що виникли внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;
- 3) які є наслідком спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 4) які пов'язані з масовими епідеміями;
- 5) що отриманні в результаті військових дій, громадянських безладь, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;
- б) що отримані при проведенні заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи громадянської влади та політичних організацій;
- 7) що отриманні внаслідок порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки

праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;

8) що виникли в результаті самолікування;

9) вроджені вади та спадкові хвороби;

10) психічні хвороби;

11) ожиріння, косметичні чи косметологічні послуги, естетичні оперативні втручання, операції по заміні статі;

12) ускладнення або штучне переривання вагітності;

13) імпотенція, чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності;

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

15) події, що сталися за межами території дії Договору;

16) які мають безпосередній причинно-наслідковий зв'язок із захворюванням, з приводу якого Застрахованій особі встановлено групу інвалідності (I, II, III групи інвалідності або статус дитини з інвалідністю).

6.3. Згідно умов Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на хвороби, які не зазначені в Додатку №2 до Пропозиції.

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

7. Не можуть бути Застрахованими особи:

1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

2) які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний); які мабть злоякісні новоутворення;

3) психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

4) особи молодші 1 року та старші 69 років на момент укладання Договору;

5) особи, що досягли 70 років в період дії Договору. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених пп.1 - 4 Розділу 7 Умов, до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями,

що мали місце стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

У випадку наявності обставини, передбаченої п. 5 Розділу 7 Умов, Договір припиняє свою дію з дня досягнення Застрахованою особою віку 70 років. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за днем народження. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплачених страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи визначених при розрахунку страхового тарифу (**30%**), фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

8. Дії Страхувальника при настанні страхового випадку

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

8.2. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.1.1. Полісу Страхувальник (Застрахована особа) або його родич (можливий спадкоємець) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки протягом 2 (двох) днів з моменту виявлення Хвороби.

8.3. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.1.2. Полісу родич Страхувальника (можливий спадкоємець) повідомляє Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки протягом 10 (десяти) днів з моменту настання випадку.

9. Інші умови за згодою Сторін

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

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

9.3. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України.

9.4. Сторони звільняються від виконання зобов'язань по Договору при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму, військових дій тощо.

9.5. Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

Страховальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

9.6. Укладанням Договору Застрахована особа підтверджує: що за останні 12 місяців вона не зверталася за медичною допомогою, обстеженням чи консультацією у зв'язку із одним і тим самим захворюванням більш ніж один раз; за останні 12 місяців до укладання Договору не мала захворювань ендокринної системи; хвороб крові, кровотворних органів, системи кровообігу; хвороб нервової системи; хвороб органів дихання; хвороб органів травлення; хвороб сечостатевої системи; хвороб шкіри та підшкірної клітковини; хвороб кістково-м'язової системи; Застрахована особа не здійснює професійну діяльність, хобі та/або не займається екстремальними видами спорту з підвищеними ризиками для життя.

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

(1) на передачу персональних даних Страховальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: у зв'язку із (1а) укладенням та супроводженням Договору; (1б) з'ясуванням обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевіркою належності Страховальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів до осіб, на яких поширюється дія санкцій*; (1г) проведенням маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідженням рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика; (2) на доступ до кредитної історії Страховальника/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 та Страхового агента, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

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

*Під «санкціями» слід розуміти – санкції та інші заходи впливу/контролю будь-якого формату, що ініційовані будь-якими країнами, об'єднаннями країн та організаціями, щодо яких Страховиком здійснюється перевірка на предмет поширення їх дії на Страховальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів.

9.8. Підписанням Договору Страховальник надає свою згоду отримувати повідомлення від Страховика/Страхового агента та підтверджує, що отримав згоду від Застрахованих осіб отримувати повідомлення від Страховика/Страхового агента на засоби зв'язку, надані Страховальником під час укладення Договору як засоби зв'язку Страховальника та Застрахованих осіб відповідно, а також надає згоду на проведення Страховиком/Страховим агентом ідентифікації його як Страховальника та підтверджує, що отримав згоду від Застрахованих осіб на проведення Страховиком їх ідентифікації як Застрахованих осіб, за датою народження та/або номером телефону, та/або електронною адресою, вказаними в Договорі як засоби зв'язку Страховальника та Застрахованих осіб відповідно, під час звернення до Страховика/Страхового агента за допомогою цифрових каналів комунікацій та будь-яких інших мережевих ідентифікаторів, включаючи месенджер, комунікатори UNIQAua в Viber та Telegram, мобільний застосунок MyUNIQA тощо.

Страховальник підтверджує:

· що його номер телефону може використовуватися Страховиком/Страховим агентом для отримання підтвердження від Страхувальника способу виплати та реквізитів для здійснення страхової виплати (за умови що Страхувальник є Вигодонабувачем за Договором), для надання консультацій, внесення змін до умов Договору;

· що повідомив Застрахованих осіб, що номер телефону Застрахованої особи може використовуватися Страховиком/Страховим агентом для отримання підтвердження від Застрахованої особи способу виплати та реквізитів для здійснення страхової виплати (за умови, що Застрахована особа є Вигодонабувачем за Договором), для надання консультації;

· що засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб, надані під час укладення Договору, є актуальними на дату укладення Договору та зобов'язується повідомити Страховика/Страхового агента протягом 5 (п'яти) робочих днів у випадку їх зміни. Якщо Страховик не був повідомлений Страхувальником про зміну засобів зв'язку вчасно, направлені Страховиком повідомлення на останні надані Страхувальником Страховику/Страховому агенту засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб є належним чином виконані Страховиком.

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

стосовно Застрахованої особи, яка не надала згоду на поширення своїх даних, що становлять лікарську таємницю.

9.10. Положення про виключення та санкції. Незважаючи на інші положення Договору, цей Договір страхування 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.

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

Страховик та страховий агент також можуть направляти повідомлення Страхувальнику, Застрахованій особі 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 ІПС; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони, Застрахованої особи від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 3.5 Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення одержувачу.

Перелік захворювань та розмір страхових виплат

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

36	Защемлена діафрагмальна кила	15	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	15 днів
43	Панкреонекроз	45	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	7 днів
45	Гострий апендицит	15	7 днів
46	Печінкова колька	2	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи			
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярная хвороба (вперше виявлені)	5	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
54	Гострий уретрит	5	90 днів
55	Гострий цистит	2	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90 днів
VI. Хвороби кістковом'язевої системи та сполучної тканини:			
63	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:			
77	Гіпотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	90 днів

78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	90 днів
79	Гострий тиреоїдіт	15	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного вперше виявлений)	10	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи			
83	Ураження трійчастого нерва	5	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха			
88	Кератити	5	90 днів
89	Іридоцикліти	5	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	90 днів
93	Виразки роговиці	10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30 днів
95	Хвороби сльозових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого ератокон'юнктивіту))	5	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	30 днів
97	Гострий середній отит	2	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	30 днів
X. Новоутворення			
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози		
	до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки:		
	до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок		
	до 35 років	40	90 днів
	від 35 років і старше	30	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	90 днів
110	Лейкоз	50	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти,	5	180 днів

незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)			
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби			
117	Холера	15	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	30 днів
119	Сальмонельоз	10	30 днів
120	Ботулізм	15	30 днів
121	Дизентерія (шигелъоз, амeбiаз)	10	30 днів
122	Туляремія	15	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	30 днів
124	Сибірська виразка	20	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	30 днів
126	Скарлатина	4	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонара)	4	30 днів
128	Вітряна віспа	2	30 днів
129	Кір	2	30 днів
130	Краснуха	2	30 днів
31	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	30 днів
139	Лептоспіроз	20	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	30 днів
141	Лейшманіоз	20	30 днів
142	Інфекційний монокулеоз	10	30 днів
143	Малярія	15	30 днів
144	Сепсис	30	30 днів

**При прийнятті рішення щодо страхової виплати за окремим страховим випадком за Договором, строк дії періоду очікування страхового випадку може не враховуватися Страховиком за його власної ініціативи за умови, що дата початку дії Договору дорівнює даті закінчення дії попереднього договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, укладеного Сторонами, + 1 день.

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)
1505_Proposition_(individual)_25.03.2024.pdf

Документ відправлено: 10:19 20.03.2024

Власник документу

Електронний підпис

10:19 20.03.2024

ЄДРПОУ/ІПН: 20033533

Юр. назва: АТ ПРАТ СК УНІКА

СОТРУДНИК: ЗАЗА ЛЮДМИЛА МИКОЛАЇВНА

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 10:19 20.03.2024

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 5E984D526F82F38F0400000DF5D43014AD4C204

Тип підпису: кваліфікований