

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТАНДАРТНОГО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»

Ці Загальні умови стандартного страхового продукту "Страхування здоров'я", затверджені Наказом №129 від 16.10.2024 р., дата початку дії 01.11.2024 р., повний текст яких розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ (далі – «**Загальні умови страхового продукту**»).

Ці **Загальні умови страхового продукту** встановлюють загальні умови і порядок укладення, внесення змін та припинення Договорів страхування здоров'я на випадок хвороби за стандартним страховим продуктом «Страхування здоров'я» (надалі – «**Договори**» або «**Договір**»). Конкретні умови страхування визначаються Сторонами при укладенні Договорів страхування.

Договори за цим страховим продуктом укладаються шляхом приєднання та складаються з публічної частини Договору (Пропозиції щодо укладення договору страхування здоров'я на випадок хвороби за стандартним страховим продуктом «Страхування здоров'я», надалі – «**Пропозиція**»), що є публічною частиною Договору, яка є актуальною на дату укладання Договору та повний текст якої доступний на вебсайті Страховика uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/, та індивідуальної частини Договору (Полісу страхування здоров'я на випадок хвороби за стандартним страховим продуктом «Страхування здоров'я», надалі – «**Поліс**»), підписанням якої Страхувальник приєднується до Договору в цілому.

1. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "УНІКА",

внесено до Реєстру фінансових установ розпорядженням Держфінпослуг №1224 від 24.06.2004 року, Свідоцтво про реєстрацію: СТ № Б0000142, дата реєстрації: 21.08.2004 року;

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

код ЄДРПОУ 35320033;

контактні дані для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків: цілодобовий інформаційний центр за телефон (044) 225 60 00 або +38 (097) 170 03 73 (Київстар), +38 (066) 170 03 73 (Vodafone), +38 (093) 170 03 73 (Lifecell), e-mail office@uniga.ua; веб-сайт www.uniga.ua;

IBAN UA943052990000026503040100998 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20033533.

2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ: АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

укладає Договір страхування від імені та в інтересах Страховика на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг №093002А від 14.11.2017 року,

місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570

Страховий агент підлягає внесенню до Реєстру НБУ з 01.01.2025, після чого відомості про внесення до вказаного Реєстру зазначаються на веб-сайті Страхового агента.

Контактні дані: 3700; веб-сайт: <https://www.privatbank.ua/>

3. СТРАХУВАЛЬНИК

Страхувальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала із страховиком Договір страхування. Ідентифікаційні дані Страхувальника зазначаються у п.3. Полісу.

4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС. ВИГОДОНАБУВАЧ

4.1. Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

4.2. Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я і працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у п.5. Полісу, та з якими пов'язані:

- страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача);
- страхові ризики, що підлягають страхуванню за цим Договором.

4.3. При укладенні Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

4.4. Вигодонабувачем за цим Договором є Застрахована особа, зазначена в п.5. Полісу, а у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець згідно з чинним законодавством.

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

5.1. Застрахованою особою є фізична особа, яка зазначена в п.5. Полісу і про страхування якої укладено Договір, віком від 1 (одного) року до 69 (шістдесяти дев'яти) років. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного життя, працездатності та здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

Застрахованою особою не може бути особа, вказана в п.12.4. Пропозиції.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страховими ризиками за цим Договором є хвороба Застрахованої особи.

6.2. Страховим випадком є настання страхового ризику, передбаченого п.6.1. Пропозиції, протягом строку дії страхового захисту та Договору, що підтверджено документально і не є виключенням зі страхових випадків, а саме.

6.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби;

6.2.1.1. Подія, передбачена п.6.2.1. Пропозиції, визнається Страховиком страховим випадком за умови, якщо хвороба/би наступила/и впродовж строку дії цього Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку передбаченого Таблицею виплат (Додатком №1 Пропозиції), та між хворобою і смертю Страхувальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок.

6.2.1.2. Страховим випадком вважається смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби (загострення такої хвороби), яка вперше була виявлена протягом строку дії Договору після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Додатком №1 Пропозиції, та якщо смерть Застрахованої особи настала протягом строку дії Договору.

6.2.2. Настання Захворювання Застрахованої особи відповідно Таблиці «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними» Додатку №1 Пропозиції.

6.2.3. Перенесене Застрахованою особою хірургічне втручання відповідно Таблиці «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними» Додатку 1 цієї Пропозиції. Випадок перенесеного Застрахованою особою хірургічного втручання визнається Страховим за умови визнання захворювання, за яким проводилось хірургічне втручання, страховим випадком за п. 6.2.2 . При цьому випадок визнається страховим за умови, при якій хірургічне втручання було проведено в період 14 (чотирнадцять) календарних днів з дня встановлення діагнозу захворювання, що послугувало причиною хірургічного втручання

6.2.4. Вказані випадки в п.6.2.2 та 6.2.3 є страховими у випадку, якщо захворювання було діагностоване вперше під час дії Договору та виникло після завершення періоду очікування передбаченого Додатком 1 цієї Пропозиції та не є виключенням та/або обмеженням страхування. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.

7. СТРАХОВА СУМА ТА/АБО ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА.

7.1. Розмір загальної страхової суми за Договором зазначається у п.7.1. Полісу в одному із наступних розмірів:

Варіант страхової суми	Страхова сума по Продукту страхування, грн
Економ	50 000 грн
Стандарт	75 000 грн
Еліт	100 000 грн

7.2. Вид та розмір франшизи: не застосовується.

8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ

8.1. Розмір страхового тарифу за Договором вказується в п.8.1. Полісу.

8.2. Річний страховий тариф визначається залежно від віку Застрахованої особи в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Річний страховий тариф по Продукту страхування, %*
від 1 до 30 років включно	1,32% - 2,64%
від 31 до 40 років включно	1,98%
від 41 до 50 років включно	2,64%
від 51 до 60 років включно	4,14%
від 61 до 69 років включно	6,00%

* Страховий тариф може змінюватися під час проведення Страховиком (Страховим Агентом) маркетингових заходів та інших маркетингових активностей. При цьому Страховик інформує Страхувальника про інші можливі розміри страхового тарифу шляхом розміщення відповідної інформації на сайті Страховика.

8.2.1. 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. У випадку сплати Страхувальником страхового платежу в розмірі, що відповідає розмірам страхових платежів за попередні періоди страхування до збільшення віку Застрахованої особи, розмір страхової виплати у разі настання страхового випадку розраховуватиметься відповідно до п. 11.4.4. Пропозиції.

8.3. Загальний страховий платіж за Договором зазначається у п.8.2. Полісу.

8.3.1. Порядок сплати загального страхового платежу за Договором (п.8.2. Полісу) залежить від кількості періодів страхування за Договором (п.8.3. Полісу). Страховий платіж за кожен період страхування згідно з п.8.4 Полісу сплачується з періодичністю згідно з п.8.5 Полісу у безготівковій формі.

8.3.2. Страховий платіж сплачується у дату початку строку дії Договору, зазначену в п.9.1. Полісу. У разі сплати страхового платежу щомісячно, дата сплати страхового платежу за кожний період страхування відповідає даті встановленого Страхувальником регулярного платежу, зазначеного в п.8.6.3. Полісу. Дата сплати страхового платежу може бути змінена Страхувальником шляхом зміни дати регулярного платежу

8.4. Розмір загального страхового платежу за Договором залежить від віку Застрахованої особи та розміру страхової суми та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий платіж по Продукту страхування, грн					
	при страховій сумі 50 000 грн		при страховій сумі 75 000 грн		при страховій сумі 100 000 грн	
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік
від 1 до 30 років включно	55 грн	660 грн	82,50 грн	990 грн	110 грн	1 320 грн
від 31 до 40 років включно	82,50 грн	990 грн	123,75 грн	1485 грн	165 грн	1980 грн
від 41 до 50 років включно	110 грн	1320 грн	165 грн	1980 грн	220 грн	2640 грн
від 51 до 60 років включно	172,50грн	2070 грн	258,75 грн	3105 грн	345 грн	4140 грн
від 61 до 69 років включно	250 грн	3000 грн	375 грн	4500 грн	500 грн	6000 грн

8.5. Відомості для сплати страхового платежу за Договором:

IBAN UA94305299000026503040100998 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20033533.

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

8.5.2. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: **«Страховий платіж за Договором № _____ від _____».**

8.5.3. У випадку зміни платіжних реквізитів(у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами) Страховик про це інформує Страхувальника за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента.

8.5.4. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи можуть стягувати комісію відповідно діючих тарифів.

9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ

9.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п.9. Полісу.

9.1.1. Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії, яка зазначена у п.9.1. Полісу, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Полісом, на рахунок Страховика.

9.1.2. Договір діє до 24.00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у п.9.1. Полісу як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.

9.2. Період страхування – **1 (один) рік або 1 (один) місяць** – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у п.8.3. Полісу.

9.2.1. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за датою сплати Страхувальником страхового платежу, що визначена згідно з п.8.6.3. Полісу, на рахунок Страховика та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування, встановленого в п.8.3. Полісу.

9.2.2. Страховий захист в кожному періоді страхування діє за умови сплати страхового платежу за такий період страхування згідно з Полісом.

9.2.3. Якщо страховий платіж надійшов у поточному періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування, дата початку якого - це дата, що слідує за датою закінчення дії поточного періоду страхування.

9.2.4. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування, страховий захист за Договором в такому періоді страхування не діє, страхові виплати за подіями, що стались в неоплачений період страхування, не здійснюються Страховиком.

9.2.5. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження простроченого страхового платежу за період страхування згідно з п. 8.3. Поліса в повному розмірі на рахунок Страховика та діє до закінчення періоду страхування згідно з п.8.3. Полісу. При цьому датою закінчення останнього періоду страхування є дата закінчення дії Договору, а у разі лонгації Договору згідно з п.9.3. Полісу, страховий захист у періоді, що перевищує дату закінчення Договору надається за продовженим (лонгованим) Договором.

9.2.6. Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на рахунок Страховика **протягом 6 (шість) місяців поспіль**.

9.3. Дія Договору продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору та умовах, визначених цим Полісом та Пропозицією, якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити. Договір не може бути продовжений (лонгований) у випадку, передбаченому п.9.3.1. Пропозиції.

9.3.1. Продовження (лонгація) строку дії Договору можлива за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору діє договір доручення із страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей Договір. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір страхування діє до закінчення строку дії Договору, на якій він був укладений, за умови сплати страхових платежів, але не продовжується (не лонгується) на новий строк дії Договору.

9.3.2. Страхувальник може заявити про намір припинити Договір у персональному кабінеті в Приват24 або у ІТС Страховика / Страхового агента в будь-який момент до кінцевої дати строку дії Договору, або направивши Страховику письмове повідомлення не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати закінчення строку дії Договору.

9.3.3. Страховик може заявити про намір припинити Договір шляхом відправлення повідомлення Страхувальнику у спосіб, що дає змогу встановити дату відправлення такого повідомлення, в тому числі через ІТС Страховика / Страхового агента, або шляхом публікації повідомлення на веб-сайті Страховика не пізніше, ніж за **30 (тридцять) днів** до дати завершення строку дії Договору.

9.3.4. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після закінчення строку дії Договору, повертаються Страховиком Страхувальнику на картковий рахунок у АТ КБ «ПРИВАТБАНК», з якого страхові платежі були сплачені, а у разі його закриття – на підставі письмової заяви Страхувальника.

9.4. За Договором встановлюється **період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати набрання чинності Договором (або дати відновлення відповідальності Страховика після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого будь-яка хвороба, яку було діагностовано, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом терміну дії Договору. При подальшій пролонгації дії Договору щодо Застрахованої особи період очікування страхового випадку не застосовується, якщо після закінчення Договору та пролонгацією його дії не було перерви. Періоди очікування щодо кожної з хвороб встановлюються строком в календарних днях та наведені в Таблиці виплат (Додатку №1 до Пропозиції).

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Територія дії Договору - територія України.

Дія Договору не поширюється на території України, що є тимчасово окуповані; території України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; населені пункти, що розташовані на лінії розмежування; території активних бойових дій, на яких ведуться воєнні (бойові) дії на дату настання події, що має ознаки страхового випадку.

11. ДІЇ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку:

1.1.1. **протягом 2-х (двох) робочих днів** з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) **заявити про випадок через ІТС «Приват 24» або телефоном 3700** (а у разі недоступності зазначених каналів – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1. Полісу).

1.1.2. **не пізніше 30 (тридцяти) днів** з дня встановлення діагнозу хвороби або закінчення лікування, Страхувальник, Застрахована особа зобов'язана надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2. Пропозиції через **ІТС «Приват 24»** або за телефоном **3700** (а у разі недоступності зазначених каналів зв'язку – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1. Полісу);

1.1.3. **не пізніше 6 (шести) місяців** з дати смерті, спадкоємець Застрахованої особи зобов'язаний заявити про випадок телефоном **3700** (а у разі недоступності зазначеного каналу зв'язку – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1. Полісу) та **не пізніше 12 (дванадцяти) місяців** надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2. Пропозиції.

11.2. Перелік документів, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та необхідні для розрахунку та здійснення страхової виплати:

11.2.1. заява про страхову виплату, у якій повинні бути зазначені обставини та причини настання страхового випадку, що подається в строки, передбачені в п.11.1. Пропозиції разом з документом, що посвідчує особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера. Сторони погоджуються, що заявою про страхову виплату, прирівняною до письмової форми, є заява Страхувальника, сформована в ІТС Страхового агента «Приват 24».

11.2.2. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 6.2.1. Пропозиції:

11.2.2.1. свідоцтво РАГСу про смерть Застрахованої особи – нотаріально засвідчена копія;

11.2.2.2. лікарське свідоцтво про смерть або довідка про причину смерті або рішення суду, - підписане(а) відповідальною особою та завірене(а) оригінальною печаткою закладу, який склав документ;

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

11.2.2.4. свідоцтво про право на спадщину - нотаріально засвідчена копія.

11.2.3. У випадку настання Захворювання Застрахованої особи відповідно п. 6.2.2. та перенесення Застрахованою особою хірургічного втручання за п. 6.2.3. до заяви обов'язково додаються такі документи:

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

11.2.3.2. лист тимчасової непрацездатності або інший медичний висновок (на вимогу Страховика).

11.2.3.3. копію направлення на госпіталізацію, на підставі якого було проведено стаціонарне чи хірургічне лікування (надається в разі окремого запиту від Страховика)

11.2.4. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 6.2.2. та перенесення Застрахованою особою хірургічного втручання за п. 6.2.3. Пропозиції, Страховик може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інші документи про обставини і причини страхового випадку, окрім зазначених в п. 11.2.3. Пропозиції, 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:

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

11.2.4.2. результати лабораторних та інструментальних досліджень на початку лікування та при виписці, які необхідні для діагностики та контролю якості лікування;

11.2.4.3. рецепти для продовження лікування, розпочатого в стаціонарі.

11.2.5. Документи, які подаються для отримання страхового відшкодування, повинні бути придатними для візуального сприйняття їх змісту, достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином, легітимність яких визнається на території України відповідно до чинного законодавства України. Всі розділи виписок мають бути заповнені відповідно встановленого порядку. З метою перевірки достовірності поданих документів страховик має право запитувати їх оригінали. Документи, що не відповідають переліченим вимогам, можуть не прийматися Страховиком до розгляду.

11.2.6. У разі потреби Страховик може вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, її спадкоємця інші документи про обставини і причини страхового випадку (документи органів МВС про дорожньо-транспортну пригоду, висновки правоохоронних органів, медичних закладів тощо), а також інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків або надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика Застрахована особа або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язані протягом 3 (трьох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати продовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

11.3. Форма подання документів, зазначених в п.11.1. та п. 11.2. Пропозиції:

11.3.1. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в п.11.1. та 11.2. Пропозиції, в тому числі в електронному вигляді.

11.3.2. Копією документу згідно з Договором 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.

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

11.3.3.1. 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;

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

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

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

11.3.4. Страхувальник прийняттям умов цієї Пропозиції 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. Страхувальник 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.

11.4. Порядок розрахунку розміру страхової виплати:

11.4.1. У разі смерті Застрахованої особи відповідно до п. 6.2.1. Пропозиції, страхова виплата здійснюється в розмірі 100 % від страхової суми, яка зазначена в п. 7.1. Полісу. У разі смерті Застрахованої особи в період дії Договору, страхова виплата здійснюється з урахуванням здійснених раніше страхових виплат за випадками п. 6.2.2. та 6.2.3, але не вище страхової суми, встановленої Договором.

11.4.2. У разі настання захворювання Застрахованої особи відповідно до п. 6.2.2. Пропозиції, страхова виплата здійснюється на підставі Таблиці виплат у розмірі страхової виплати (визначеного % від загальної страхової суми, яка зазначена в п.7.1. Полісу), визначеної Таблицею виплат.

11.4.3. У разі перенесення Застрахованою особою хірургічних втручань відповідно п. 6.2.3. розмір страхової виплати визначається на підставі Таблиці виплат, з урахуванням періоду очікування, що наведений у відповідному розділі Таблиці. Після здійснення страхової виплати страхова сума за Договором зменшується на суму виплати. Страхова виплата здійснюється виключно в випадку проведення виплати за п. 11.4.2.

11.4.4. У випадку сплати загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо згідно з п.8.5 Полісу, періодичність сплати страхового платежу - щомісячно)) в неповному розмірі, Страховик несе відповідальність за Договором пропорційно відношенню фактично сплаченої частини загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо згідно з п.8.5 Полісу, періодичність сплати страхового платежу - щомісячно)) 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 згідно з п.8.5 Полісу, періодичність сплати страхового платежу - щомісячно)) за Договором.

11.4.5. Після здійснення страхової виплати за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.2. та п.6.2.3. Пропозиції, загальна страхова сума за Договором зменшується на суму виплати; при цьому Договір зберігає дію до кінця поточного року страхування (з урахуванням умов по припиненню дії Договору, визначених в Розділі 16 Пропозиції).

11.4.6. У разі смерті Застрахованої особи в період дії Договору, страхова виплата здійснюється з урахуванням раніше здійснених страхових виплат за п. 6.2.2. та п. 6.2.3. Пропозиції, але не більше страхової суми, встановленої Договором.

11.4.7. Загальна сума страхових виплат Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом 1 (одного) року дії Договору не може перевищувати загальної страхової суми, встановленої в розділі 7 Полісу.

11.4.8. У разі визнання випадку страховим, страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі Заяви на страхову виплату, та документів, зазначених в п. 11.1. та п. 11.2. Пропозиції.

11.4.9. Страхові виплати по цьому Договору сплачуються незалежно від виплат по державному соціальному страхуванню, соціальному забезпеченню.

11.4.10. Відповідальність Страховика визначається як різниця між загальною страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше проведеними страховими виплатами.

11.4.11. Якщо виплату здійснено в розмірі 100% загальної страхової суми за Договором, дія Договору в частині відповідальності Страховика припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

11.4.12. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення загального страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини загального страхового платежу при настанні страхового випадку за страховим випадком, зазначеним в п. 6.2.1. Пропозиції, із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати суму несплачених страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору.

11.4.13. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж, та після завершення періоду очікування страхового випадку.

11.4.14. 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.

11.5. Страховик протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором приймає рішення:

11.5.1. про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

11.5.2. про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення.

11.5.3. У випадку наявності сумнівів щодо підстав або розміру здійснення страхової виплати, Страховик може вимагати надання додаткових документів, або проводити самостійну перевірку заявлених фактів, а Страхувальник погоджується на таку перевірку та надає медичним та іншим компетентним установам право розголошувати таку інформацію на запит Страховика.

11.5.4. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті у разі особливо складних обставин страхового випадку або коли обставини страхового випадку потребують додаткової перевірки на строк **не більший 6 (шести) місяців** з дати отримання останнього з усіх документів, запитаних Страховиком для прийняття відповідного рішення, якщо:

11.5.4.1. для встановлення причин випадку необхідно зробити запити до медичних закладів, інших підприємств, установ чи організацій, державних органів – до моменту отримання відповідей на запити;

11.5.4.2. не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розміру суми страхового відшкодування – до їх з'ясування; відкрито кримінальне провадження - до закінчення досудового розслідування постановою про закриття кримінального провадження або винесення вироку судом; у випадку, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування Страхового випадку, відстрочити Страхову виплату до закінчення Страховиком такого розслідування.

11.6. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується Страховиком Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) **протягом 5 (п'яти) робочих (банківських) днів** з моменту оформлення страхового акту. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на один з його рахунків, відкритих в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», на будь-який інший, зазначений у заяві на страхову виплату. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою), страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

12. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Вигодонабувача) або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями.

12.1.2. Вчинення Страхувальником (Вигодонабувачем) або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до страхового випадку.

12.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку.

12.1.4. Порушення Страхувальником або Застрахованою особою зобов'язання протягом строку дії Договору письмово повідомляти Страховика в строк, передбачений Договором, про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором.

12.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені Договором, або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).

12.1.6. Ненадання, або надання в не повному об'ємі документів, що передбачені цією Пропозицією; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цієї Пропозиції.

12.1.7. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору;

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

12.1.9. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика після захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін.

12.1.10. 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 №1 до Пропозиції.

12.1.11. Звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, використовуючи будь-які доступні способи, **пізніше 48 (сорока восьми) годин** з моменту погіршення стану її здоров'я.

12.1.12. Випадок, який не є страховим (в т.ч. хвороби) або наявні обставини, які є винятками зі страхових випадків чи обмеженнями страхування відповідно до умов Договору (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Розділом 9 цієї Пропозиції).

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

12.2.1. 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;

12.2.2. 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).

12.3. 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 суїдинної оболонки ока).

12.4. Застрахованою особою не може бути особа:

- віком до 1 року або старше 69 років на момент укладання Договору;
- яка визнана в установленому порядку недієздатною;
- яка досягла 70 років в період дії Договору;
- яка страждає важкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку і хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребта і спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний) або має злоякісні новоутворення;
- яка є психічно хворою (знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах);
- яка є ВІЛ-інфікована.

12.5. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття:

12.5.1. вчинення дій Застрахованою особою в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що призвели до захворювання або смерті або отруєння Застрахованої особи алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), наркотичними або токсичними речовинами, медичними препаратами, що були прийняті з метою сп'яніння;

12.5.2. самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства, самопошкодження;

12.6. З покриття виключаються:

12.6.1. всі пункції порожнин тіла (грудної, черевної порожнини, спинномозкові та потиличні черепні пункції, пункції порожнин кіст, абсцесів без їх подальшого хірургічного видалення, діагностичні пункції та пункції для отримання матеріалу для біопсії);

12.6.2. внутрішньосудинні втручання (стенування, лазерна реканалізація і подібні втручання);

12.6.3. ендоскопічні втручання (окрім лапароскопічних та торакокопічних операцій), а також накладання трахеостоми;

12.6.4. накладання швів та видалення доброякісних утворень шкіри, слизової оболонки ротової порожнини;

12.6.5. хірургічні втручання з приводу видалення сторонніх тіл, каміння з сечових шляхів, жовчних шляхів (ендоскопічні, за допомогою зондування);

12.6.6. повторні оперативні втручання з приводу одного і того самого захворювання протягом дії Договору;

12.6.7. всі хірургічні втручання, що мали місце в період дії Договору за хворобами, які було діагностовано до початку дії Договору, окрім випадків продовження дії Договору;

12.6.8. всі хірургічні втручання, що мали місце після закінчення дії Договору за хворобами, які були діагностовані в період дії Договору;

12.6.9. всі хірургічні втручання, що проводились без медично-обґрунтованих показань або поза стаціонарного лікування (включно з амбулаторним лікуванням або лікуванням в умовах денного стаціонару);

12.6.10. Всі хірургічні втручання, що проведені особами, які не мають відповідної медичної кваліфікації або лікарями, що не мають відповідної лікарської спеціалізації, або хірургічні втручання проведені у медичних закладах, що не мають відповідної спеціалізації;

12.6.11. всі хірургічні втручання, які мали місце після закінчення періоду 14 (чотирнадцять) днів від дати встановлення діагнозу захворювання, з приводу якого такі втручання проводились

12.7. За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.12.4. Пропозиції, до початку дії Договору (в тому числі якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховику про зазначені обставини або повідомив завідомо неправдиві відомості, Договір вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи щодо якої існують зазначені обставини та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

12.8. У разі виникнення під час дії Договору обставин, за яких Застрахована особа не може бути застрахована відповідно до п.12.4. Пропозиції, Договір втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору не може бути продовжено на наступний строк. Страхові виплати після втрати чинності Договором не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, сплачені за таку Застраховану особу, за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний період страхування, у випадку їх сплати Страхувальником.

У випадку досягнення Застрахованою особою 70 років в період дії Договору, 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 витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

12.9. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п.11.5. Пропозиції. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п.11.5 Пропозиції, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства України має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

12.10. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством України.

13.1.2. Протягом **2 (двох) робочих днів** з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

13.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором.

13.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення.

13.1.5. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

13.2. Страховик має право:

13.2.1. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.

13.2.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів / оцінювачів, та/або направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду). При цьому, Застрахована особа надає право Страховику отримувати у зазначених вище закладах, організаціях та установах будь-яку інформацію стосовно стану свого здоров'я, у тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею.

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

13.2.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Розділом 12 Пропозиції.

13.2.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, зазначених у Розділі 12 Пропозиції.

13.2.6. 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.

13.2.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати **6 (шести) місяців**.

13.2.8. 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 або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або прийняття рішення суду.

13.2.9. Достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Розділом 16 Пропозиції.

13.2.10. Відмовитись від підтримання ділових відносин з Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції, у випадках передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема, у разі:

13.2.10.1. якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

13.2.10.2. якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

13.2.10.3. встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

13.2.10.4. ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

13.2.10.5. подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

13.2.10.6. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

13.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених Договором.

13.3.2. При укладанні Договору надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), і надалі, не пізніше ніж через **5 (п'ять) робочих днів** після настання змін, інформувати його про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до пункту 12.4. Пропозиції, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

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

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

13.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором.

13.3.6. У випадках, передбачених умовами цієї Пропозиції, – надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Пропозиції.

13.3.7. Протягом **5 (п'яти) років** з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

13.3.8. Протягом **3 (трьох) робочих днів** з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

13.3.9. 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.

13.3.10. Надати Страховику всю необхідну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку; надати можливість проводити розслідування події, що має ознаки страхового випадку; надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи.

13.3.11. Повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір та ознайомити її з умовами страхування, і якщо Застрахована особа протягом **30 (тридцяти) календарних днів** не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору, Договір вважається укладеним на її користь

13.3.12. Отримати інформацію про стани/захворювання/рід діяльності/занять Застрахованої особи, яка зазначається Страхувальником під час укладення Договору.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. Достроково припинити дію Договору.

13.4.2. Укласти зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за умови повідомлення Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір.

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

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

13.4.5. 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.

13.4.6. Одержати від Страховика будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

13.4.7. Відмовитись від укладеного Договору в порядку та на умовах, передбачених п.16.6. цієї Пропозиції.

13.5. 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).

13.6. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством України.

13.6.1. **Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.**

13.6.2. Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

13.7. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором 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 тощо.

13.8. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідують з умов Договору.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

14.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

14.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше **1 (одного) місяця** від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше **15 (п'ятнадцяти) днів** від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати **45 (сорока п'яти) днів**.

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном **(044) 225 60 00** або **+38 (097) 170 03 73 (Київстар), +38 (066) 170 03 73**

(Vodafone), +38 (093) 170 03 73 (Lifecell), (цілодобово) чи письмовим на електронну пошту: office@uniga.ua або шляхом заповнення форми «Зворотнього зв'язку» на веб-сайті Страховика <https://uniga.ua/ua/contacts/feedback/>, або засобами поштового зв'язку на адресу Страховика **Україна, 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В»**. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

14.3. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу: **01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240**); що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства України, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

15. ТЕХНОЛОГІЯ, ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І ПІДПИСАННЯ ДОГОВОРУ. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ДОКУМЕНТООБІГУ МІЖ СТОРОНАМИ

15.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента шляхом приєднання та складається з публічної частини договору (Пропозиції) та індивідуальної частини договору (Полісу), підписанням якого клієнт (Страховальник) приєднується до Договору в цілому.

15.2. Для укладення Договору страхування Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору. Перед укладенням Договору Страховальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента, із Загальними умовами страхового продукту та надати підтвердження щодо надання згоди Застрахованою особою на обробку її персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страховальника укласти Договір. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору.

15.2.1. Укладення Договору здійснюється шляхом прийняття Клієнтом пропозиції укласти Договір на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ та Страхового агента <https://www.pb.ua>, а також в ІТС (тощо) Страховика та Страхового агента (умови Пропозиції є загальними для споживачів).

15.3. Підписання Договору Страховальником здійснюється шляхом прийняття Пропозиції укласти Договір на індивідуально визначених умовах.

Безумовним прийняттям Пропозиції Страховика укласти Договір вважається здійснення Страхувальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Полісу (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОТР-пароль, Одноразовий ідентифікатор, Цифровий власноручний підпис, QR-код, ПІН-код, підпис в IVR, біометричні дані Клієнта (голосовий зліпок, відбиток пальця, Face ID), кнопки “Підпис”, “Підписав”, “Підтверджую”, “Ознайомився”, “Сплатити”, “Оплатити” тощо в ІТС Страхового агента (програмних комплексах, мобільних додатках або на офіційних сайтах у мережі Інтернет)) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» та згідно з договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страхувальником та Страховим агентом, який діє від імені Страховика. Вимога укладення договору про використання простого електронного підпису не поширюється на використання Страхувальником електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

15.3.1. Прийняттям Пропозиції Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору, приймає умови Пропозиції. Отримання Страховиком або Страховим агентом підписаного Страхувальником Полісу (індивідуальної частини Договору) засвідчує прийняття Страхувальником всіх умов Пропозиції. При укладенні та виконанні Договору відповідно до умов цієї Пропозиції Страховик / Страховий агент, уповноважені особи Страховика / Страхового агента використовують засоби підпису/засвідчення відповідно до чинного законодавства та з урахуванням особливостей, визначених НБУ.

15.3.2. Факт перерахування коштів страхового платежу на рахунок Страховика підтверджується електронним документом (квитанцією) оператора платіжної системи, яка використана Страхувальником або Страховим агентом для оплати страхового платежу, із зазначенням дати здійснення розрахунку.

Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору — індивідуальну частину Договору (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

Договір набирає чинності в порядку, передбаченому Розділом 9 Пропозиції та зазначається в п.9 Полісу. Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

Заповнення Клієнтом форм, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору, в тому числі в ІТС Страховика / Страхового агента, не зобов'язує його укласти Договір. Договір не є укладеним без електронного підпису Страхувальника та Страховика (або Страхового агента від імені Страховика).

15.4. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс, а також Пропозиція з Додатком №1. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

15.5. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладання цього Договору на виконання вимог Закону України “Про фінансові послуги та фінансові компанії” (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені зазначеним Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика www.uniga.ua та/або Страхового агента <https://privatbank.ua/strahovaniye>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking).

15.6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування у випадку, якщо прийняття такого ризику неможливе відповідно до вимог законодавства України або внутрішньої політики Страховика.

15.7. Якість надання послуг за Договором відповідає вимогам Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», та іншим нормативним актам України.

15.8. Факт укладення Договору посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору (заповнення форми, надання відомостей в ІТС Страховика / Страхового агента). Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страхового агента шляхом розміщення Поліса для завантаження в Приват24 (доступний для завантаження у персональному кабінеті в Приват24). Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Страховим агентом) в електронній базі Страховика (Страхового агента).

15.9. Сторони домовилися, що розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24 або відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса / повідомлення Страхувальнику про укладення Договору. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням в строк, передбачений п.13.4.5. Пропозиції.

15.10. Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним Договором за перший період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або Страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації Страхового агента (у тому числі розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в ІТС Страхового агента Приват24).

15.11. Повний текст публічної частини Договору (Пропозиції) оприлюднюються Страховиком та є доступними для ознайомлення клієнтів (Страхувальників) на веб-сайті Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ , включаючи його мобільну версію. Усі редакції публічної частини Договору (Пропозиції) зберігаються на веб-сайті Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених чинним законодавством України. Публічна частина Договору (Пропозиція) надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ .

15.12. Поліс (індивідуальна частина Договору) містить всі істотні умови, передбачені чинним законодавством України, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені у Пропозиції.

15.13. Договір (його індивідуальна частина – Поліс) підписується:

15.13.1. електронним підписом Страхувальника з урахуванням вимог законодавства України та цієї Пропозиції;

15.13.2. кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

15.14. Час (момент) укладення Договору визначається кваліфікованою позначкою часу накладеного КЕП уповноваженим представником Страховика (Страхового агента), який є невід'ємним реквізитом укладеного Договору.

15.15. Надання Страхувальнику примірника Полісу, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються Страховиком (Страховим агентом) за контактними даними Страхувальника, зазначеними в п.3 Полісі, або шляхом розміщення примірника поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24.

Підписання Страхувальником Полісу та вчинення дій на виконання Договору, в тому числі сплата страхового платежу за Договором підтверджують отримання Страхувальником примірника підписаного Договору.

16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

16.1. Внесення змін до умов Договору страхування:

16.1.1. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін Договору шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного Договору (переукладення Договору).

16.1.1.1. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору можуть бути запропоновані із застосуванням електронної пошти Сторони та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

16.1.1.2. Сторона-ініціатор внесення змін чи доповнень до Договору направляє іншій Стороні відповідну пропозицію, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору, **не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів** до дати внесення змін.

Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в **десятиденний строк** з дня її отримання повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У разі відхилення пропозиції Договір достроково припиняє свою дію з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію, якщо інший строк не зазначений у пропозиції, без укладення нового договору страхування. У випадку дострокового припинення дії Договору з причини недосягнення Сторонами згоди щодо внесення змін чи доповнень до Договору, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором впродовж поточного року страхування.

У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони переукладають Договір.

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

Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої із застосуванням електронної пошти Сторони та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking), або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку, передбаченому п. 13.5 Пропозиції, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

16.1.2. Сторони погодили і своїм підписом Страхувальник підтверджує надання згоди на те, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни в Пропозицію (з урахуванням обмежень, визначених законодавством) шляхом викладення нової редакції Пропозиції на вебсайті Страховика uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ . Викладення нової редакції Пропозиції на вебсайті Страховика вважається належним повідомленням Страхувальника про внесення змін в Пропозицію. Якщо Страхувальник не згоден із змінами умов Договору, він має право достроково припинити його дію, повідомивши про це Страховика протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати публікації таких змін. В такому випадку Страховик повертає Страхувальнику невикористану частину страхового платежу, розраховану згідно з п. 16.2.3.3. Пропозиції. Якщо від Страхувальника протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати викладення нової редакції Пропозиції не надійшло повідомлення про дострокове припинення дії Договору страхування, Страхувальник вважається таким, що повністю прийняв Пропозицію, викладену в новій редакції. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність/відсутність пропозицій Страховика про зміну умов Договору на офіційному вебсайті Страховика в мережі Інтернет.

16.2. Підставами припинення дії Договору є:

16.2.1. **припинення дії Договору за згодою Сторін Договору.** При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхового платежу або його частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді;

16.2.2. **припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме:**

- закінчення строку дії Договору. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- несплати, згідно з Полісом, чергового страхового платежу за укладеним Договором **протягом 6 (шести) місяців поспіль;**
- ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним; наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціююча Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за **30 (тридцять) календарних днів** до дати припинення дії Договору. При цьому:

16.2.3.1. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника** Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю;

У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному цим Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин.

16.2.3.2. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика** Страхувальнику повертається повністю сплачений ним впродовж поточного року страхування страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором впродовж поточного року страхування.

16.2.3.3. У випадках, коли повернення страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, у відповідності до п.16.2.3.1. та п. 16.2.3.2. Пропозиції, сума страхового платежу до повернення розраховується за формулою

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

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником, в грн.

СПФ = Страховий платіж за фактичний строк дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДФ}$, в грн., де

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

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

ВУВ= Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору = $\text{СПЗ} \times 55\%$, де

СПЗ = Страхова премія за період, що залишився до закінчення дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДЗ}$, в грн.

ДЗ = Кількість днів, що залишились до закінчення дії Договору, днів.

ФВВ = Фактичні виплати страхового відшкодування здійснені Страхувальнику, в грн.

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

16.2.3.4. Сторони погоджуються, що пропозиція достроково припинити дію Договору може бути запропонована із застосуванням електронної пошти Сторони та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі.

16.4. Повернення сплаченого страхового платежу або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Пропозиції, здійснюється Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін.

16.5. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились не врегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.6. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством України, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше **30 (тридцяти) календарних днів**; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж повністю протягом **10 (десяти) банківських днів** з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

17. ІНШІ УМОВИ

17.1. Договір укладається на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України. Дата внесення запису 23.04.2024, що підтверджується Витягом із Державного реєстру фінансових установ.

17.2. **Договір укладається відповідно до Загальних умов стандартного страхового продукту «Страхування здоров'я»**, затверджених Наказом №129 від 16.10.2024 р., дата початку дії 01.11.2024 р., повний текст яких розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням uniga.ua/oferta/at-kb-privat-bank/ (в тексті Договору – «Загальні умови страхового продукту»).

17.2.1. Страхування здійснюється за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», що включає ризик в межах класу страхування - страхування на випадок хвороби.

17.2.2. У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуватимуться положеннями чинного законодавства України, а також зазначених Загальних умов страхового продукту. У випадку розбіжностей між Загальними умовами страхового продукту та Договору – перевагу мають положення Договору.

17.3. Терміни в Договорі вживаються в таких значеннях:

ІТС (Інформаційно-телекомунікаційна система) – 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 України, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Період страхування - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору (періоди страхування застосовуються з урахуванням Розділу 9 Пропозиції).

Регулярний платіж - це платіж на визначену Клієнтом (Страхувальником) суму, який здійснюється Банком у вказану Клієнтом (Страхувальником) дату.

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

17.3.1. Інші терміни, що вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

17.4. Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію відповідно діючих тарифів.

17.5. Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, становить 55% страхового платежу.

17.6. Застереження щодо захисту персональних даних:

17.6.1. Страхувальник, підписуючи Договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з укладенням та виконанням Сторонами умов даного Договору протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, в тому числі для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

17.6.2. Укладаючи Договір, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику та асистуючій компанії згоду на отримання Страховиком від третіх осіб (медичних та інших закладів, лікарів приватної практики, свідків настання випадку тощо), які надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі, своїх персональних, медичних та інших даних, які становлять лікарську таємницю, медичну інформацію про стан свого здоров'я, лікування, встановлені діагнози, а також обставини настання випадку тощо).

17.6.3. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням цього Договору Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду Страховику (Страховому агенту, якщо такий агент укладає Договір від імені Страховика) та асистуючій компанії:

- на обробку їх персональних даних (в тому числі даних про стан здоров'я), з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Застрахованій особі / Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним із використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;

- на прийняття рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованої особи (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;

- на обробку персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застраховану особу / Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;

- на зберігання їх персональних даних довше ніж це необхідно для встановлених цілей їх обробки у випадку, коли зберігання персональних даних вимагається законодавством України;

- на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;

- на надання Страховиком доступу асистуючій компанії та медичним закладам до персональних даних Застрахованих осіб та передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;

- на передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих осіб;

- передачу та/або надання доступу до персональних даних Страхувальника, Застрахованих осіб 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, перестраховування та врегулювання страхових випадків тощо з метою, визначеною п. 17.6. Пропозиції.

17.6.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних (в тому числі даних про стан здоров'я), відповідно до п.17.6. Пропозиції. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

17.6.5. Страхувальник підтверджує, що повідомив Застрахованих осіб (їх законних представників) про укладення цього Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами цього Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладанням цього Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

Всі Застраховані особи за цим Договором повідомлені про страхування на умовах, зазначених у Договорі, та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (в т.ч. компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення/пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не були повідомлені

Страховальником про страхування за Договором, Страховальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував.

17.6.6. Страховальник / Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл асистуючій компанії та медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за подіями, що мають ознаки страхового випадку, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

17.7. Застереження щодо запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення: належна перевірка клієнта-фізичної особи здійснюється Страховим агентом згідно з вимогами пункту 4 статті 11 Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та додатку 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу. Інформацію та необхідні документи щодо належної перевірки Страховик може отримати від Страхового агента відповідно до укладеного договору на право використання інструменту покладання. Ідентифікація Страховальника здійснена Страховим агентом перед встановленням ним ділових відносин. Верифікація Страховальника здійснена при зверненні до Страхового агента із застосуванням ІТС Страхового агента.

17.8. Валютне застереження: валютою страхування за Договором є грошова одиниця України (гривня).

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

17.10. Положення про виключення та санкції. Незважаючи на інші положення Договору, Договір забезпечує страховий захист в тій мірі, наскільки даний страховий захист 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.

17.11. Страховальник, підписуючи Договір, 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 Страховальника способу виплати та реквізитів для здійснення страхової виплати (за умови що Страховальник 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 Страховальника 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 Страховальником 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.

17.12. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються медичним закладом Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо медичному закладу).

У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від медичному закладу 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.

17.13. Страхувальник підтверджує: що за останні **12 (дванадцять) місяців**, які передують укладенню Договору, Застрахована особа не зверталася за медичною допомогою, обстеженням чи консультацією у зв'язку із одним і тим самим захворюванням більш ніж один раз; на момент укладення Договору жодна Застрахована особа не здійснює професійну діяльність, хобі та/ або не займається екстремальними видами спорту з підвищеними ризиками для життя.

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

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

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

17.17. 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 Сторін, або направлені з використанням ІКС, Кабінету клієнта my.unica, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку

Страховальника (в тому числі через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного / мобільного зв'язку, в тому числі через ІКС, Кабінет клієнта tu.uniq, мобільний застосунок Страховика; 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 протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту настання таких змін, то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

18. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Ця Пропозиція дійсна з **28.10.2024 року** та діє до оприлюднення на сайті Страховика інформації про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування зазначається у п.9 Полісу.

18.2. Дію попередніх редакцій Пропозицій, зазначених нижче, припинено у зв'язку з оприлюдненням нової редакції Пропозиції.

18.2.1. Перелік попередніх редакцій Пропозиції (в режимі гіпер-посилання):

[Пропозиція для договорів, укладених з 25.03.2024 р. до 31.10.2024 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 25.03.2024 р. до 30.06.2024 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 25.01.2024 р. до 24.03.2024 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.01.2024 р. до 24.01.2024 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.12.2023 р. до 31.12.2023 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 10.01.2023 р. до 30.11.2023 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.12.2022 р. до 09.01.2023 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.01.2022 р. до 30.11.2022 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 31.08.2021 р. до 31.12.2021 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 27.01.2021 р. до 30.08.2021 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 19.01.2020 р. до 26.01.2021 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 02.12.2019 р. до 18.01.2020 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.11.2019 р. до 01.12.2019 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 15.04.2019 р. до 31.10.2019 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 04.09.2018 р. до 14.04.2019 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.07.2018 р. до 03.09.2018 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 10.11.2017 р. до 30.06.2018 р. \(включно\)](#)

18.2.2. Укладені договори діють на умовах Пропозиції, що діяла протягом відповідного періоду.

до Пропозиції від 28.10.2024 р. щодо укладення
Договору страхування здоров'я на випадок хвороби
за стандартним страховим продуктом «Страхування здоров'я»

№	Захворювання	Розмір виплати (%) Настання захворювання	Розмір виплати % невідкладне (ургентне) хірургічне втручання	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:				
1	Гострий інфаркт міокарду	50	+15 тільки за умови аорто-коронарного шунтування, всі інші втручання виключено)	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	+15	30 днів
3	Гострий перикардит	40	+15	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	+15	30 днів
5	Гострий міокардит	30	Не передбачено	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	+20	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	+10	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
10	Флеботромбоз	15	+10	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіїт (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріїт кінцівок (за	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

	умови проведення оперативного лікування)			
13	Геморагічний інсульт	50	+25	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	Не передбачено	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	+20	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	Не передбачено	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	Не передбачено	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	50	+20 (аортопластика розшарованої ділянки аорти)	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	40	+20	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	+20	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:				
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення спленектомії)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	Не передбачено	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	Не передбачено	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	+10 (за умови проведення спленектомії)	90 днів
III. Хвороби органів дихання:				
25	Гострий тонзиліт	2	+5	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	Не передбачено	30 днів
27	Емфізема	8	Не передбачено	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	+10	30 днів
29	Плеврит	10	+10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	+10	7 днів
31	Гемоторакс	10	+10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	+20	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів

34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	Не передбачено	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:				
35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтинном тканин черевної стінки)	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	Не передбачено	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	15 днів
43	Панкреонекроз	45	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
45	Гострий апендицит	15	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
46	Печінкова колька	2	+10 (видалення жовчного міхура)	7 днів

47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	+5	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	+5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	+10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи				
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	5	+15	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
54	Гострий уретрит	5	Не передбачено	90 днів
55	Гострий цистит	2	Не передбачено	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	Не передбачено	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	+10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	+10	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	+10	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	+10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	+10	90 днів
VI. Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини:				
63	Ревматизм в активній фазі	10	Не передбачено	90 днів
64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	Не передбачено	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування або протезування ушкоджених суглобів)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	Не передбачено	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	Не передбачено	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	Не передбачено	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	Не передбачено	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	Не передбачено	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	Не передбачено	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	+10	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:				
77	Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	Не передбачено	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	+10	90 днів
79	Гострий тиреоїдит	15	+10	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	Не передбачено	90 днів

81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	Не передбачено	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного), (вперше виявлений)	10	Не передбачено	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи				
83	Ураження трійчастого нерву	5	Не передбачено	90 днів
84	Ураження лицевого нерву	5	Не передбачено	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	Не передбачено	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	Не передбачено	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	Не передбачено	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха				
88	Кератити	5	+10	90 днів
89	Іридоцикліти	5	+10	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	+10	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	+10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	+10	90 днів
93	Виразки роговиці	10	+10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	+10	30 днів
95	Хвороби слъозових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого кератокон'юнктивіту))	5	+10	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	Не передбачено	30 днів
97	Гострий середній отит	2	Не передбачено	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	+10	30 днів
99	Гострий лабіринтит, хвороба Мен'єра	8	+15	30 днів
X. Новоутворення				
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози			
	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки			
	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок			
	до 35 років	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

110	Лейкоз	50	+20	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	Не передбачено	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	+20	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	+10	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	+10	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти, незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)	5	+10	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби				
117	Холера	15	Не передбачено	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	+10 (вторинні гнійні вогнища, перфорації кишківника)	30 днів
119	Сальмонельоз	10	Не передбачено	30 днів
120	Ботулізм	15	Не передбачено	30 днів
121	Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)	10	Не передбачено	30 днів
122	Туляремія	15	Не передбачено	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	Не передбачено	30 днів
124	Сибірська виразка	20	Не передбачено	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	Не передбачено	30 днів
126	Скарлатина	4	Не передбачено	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонарного лікування)	4	Не передбачено	30 днів
128	Вітряна віспа	2	Не передбачено	30 днів
129	Кір	2	Не передбачено	30 днів
130	Краснуха	2	Не передбачено	30 днів
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	Не передбачено	30 днів

132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	+15 (резекція легень, видалення легені, торакопластика)	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	Не передбачено	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	Не передбачено	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	Не передбачено	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	Не передбачено	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	Не передбачено	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	Не передбачено	30 днів
139	Лептоспіроз	20	Не передбачено	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	Не передбачено	30 днів
141	Лейшманіоз	20	Не передбачено	30 днів
142	Інфекційний мононуклеоз	10	Не передбачено	30 днів
143	Малярія	15	+15 (спленектомія)	30 днів
144	Сепсис	30	+10 (видалення вторинних гнійних вогнищ при септикемії)	30 днів