

**Умови добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби «Захист здоров'я»**
(в редакції від 19.12.2022 р.)

1. Загальні положення

1.1. Ці Умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби «Захист здоров'я» є невід'ємною частиною Пропозиції укласти електронний договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби «Захист здоров'я» (надалі – «Договір»)/«Договір страхування» відповідно), який укладається у порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію».

Договір укладається відповідно до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованими за реєстраційним номером №0471928 від 26.07.2007 р., зі змінами та доповненнями, надалі – «Правила страхування», та на підставі Ліцензії на здійснення страхової діяльності Серії АЕ №293970, виданої (в порядку переформування) Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 07.08.2014 р. (строк дії з 26.07.2007 р. безстроково), із дотриманням вимог Законів України «Про страхування» та «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

Правила страхування розміщені на офіційній веб-сторінці ПрАТ «Страхова компанія «УНІКА» в мережі Інтернет https://uniqa.ua/ua/about_us/initial_data.

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

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

1.4. Франшиза за умовами Договору не застосовується.

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

1.6. Територія дії Договору - територія України.

1.6.1. Дія Договору не поширюється на: тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії розмежування відповідно до Розпорядження КМУ від 07.11.2014 р. N 1085-р

1.6.2. Страхове покриття на території України (крім зазначеної у п. 1.6. Умов), що знаходиться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за страховими випадками, визначеними у п. 2.2 Умов, які не мають причинно-наслідкового зв'язку із війною або військовими конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення, з урахуванням виключень, передбачених Розділом 6 Умов.

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

1.8. Страхова сума, страховий тариф (річний), страховий платіж (річний), період дії Договору визначаються клієнтом (Страховальником) під час акцептування Пропозиції та зазначаються в п. 8, п. 9, п. 10 Пропозиції відповідно.

1.9. Страхова сума за Договором встановлюється в розмірі **50 000 грн.**

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

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

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.

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

Страховий платіж здійснюється одноразово в момент укладання Договору. Страховий платіж здійснюється за реквізитами: рахунок №UA763003460000026509011089102 в АТ «СЕНС БАНК», ЄДРПОУ 20033533.

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

1.12. Строк дії Договору.

Договір укладається строком на 12 (дванадцять) місяців. Договір набирає чинності з 00.00 годин дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страховика страхового платежу в повному розмірі та у строк, зазначений в Пропозиції, але не раніше 00.00 годин дати, зазначеної у Пропозиції як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у Пропозиції як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору. Договором встановлюється період страхування строком в 1 рік.

1.13. У разі відсутності письмової заяви однієї із Сторін про припинення або зміну умов Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів до закінчення строку дії Договору він вважається продовженим на той самий строк і на тих самих умовах, які були передбачені Договором, за умови сплати Страхувальником страхового платежу за наступний період страхування згідно з п. 1.1.2.2. Пропозиції.

1.13.1. У разі продовження строку дії Договору на наступний рік, сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем надходження страхового платежу за наступний рік страхування на поточний рахунок Страховика в повному розмірі та діє до 24 годин 00 хвилин за київським часом останнього дня періоду страхування, за який відбулася сплата такого страхового платежу. Якщо страховий платіж надходить в поточному році страхування, то наступний сплачений період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем закінчення поточного року страхування. Страховик не несе відповідальності та не здійснює виплату страхових відшкодувань за подіями, що сталися протягом неоплаченого періоду.

1.14. Страховим агентом за Договором є АТ «СЕНС БАНК» на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг №01/2010 від 13.19.2010 року.

2. Страхові випадки, виключення із страхових випадків

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

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

2.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання;

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

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

2.4. Страховими випадками не визнаються наслідки хвороб (діагностування хвороби, смерті внаслідок хвороби), які сталися як результат або під час вживання Страхувальником алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів; отруєння Страхувальника наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинники, кислоти тощо), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Страхувальника третіми особами; навмисного заподіяння Страхувальником собі тілесних ушкоджень; нараження себе невиправданому ризику; самогубства, замаху на самогубство

Страхувальника, за винятком випадків, коли він (вона) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб; керування Страхувальником транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління ним (нею) особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом.

2.5. Страховик не здійснює страхову виплату за випадками, передбаченими Додатком №2 до Пропозиції "Перелік захворювань та розмір страхових виплат", які виникли та/або були встановлені (виявлені) під час дії попереднього договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, укладеного із Страховиком.

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

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

3.1. Страховик зобов'язаний:

3.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування.

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

3.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Правилами страхування умовами Договору. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% від належної до сплати суми за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла в період нарахування пені.

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

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Страховик має право:

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

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

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

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

3.3.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про обставини, зазначені у відповідному розділі Умов.

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

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

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

3.4. Страхувальник має право:

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

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

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

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

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

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

4. Порядок зміни і припинення дії Договору

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

4.1.1. закінчення строку його дії;

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

4.1.3. ненадходження або надходження не в повному обсязі страхового платежу за наступний рік страхування на розрахунковий рахунок Страховика протягом 30 (тридцяти) днів з дати пролонгації строку дії Договору (наступного дня, що слідує за останнім днем попереднього сплаченого періоду);

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

4.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.

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

Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. Датою повідомлення

вважається дата отримання рекомендованого або цінного листа з описом вкладення іншою Стороною. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за адресою, зазначеною в Договорі як адреса її місцезнаходження, або в разі зміни адреси, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 3.5 Умов, то датою повідомлення вважається дата надсилання Стороною - ініціатором розірвання Договору листа іншій Стороні.

У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі у повному розмірі. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом останнього року страхування від дати початку дії Договору страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі, оплачені за останній рік страхування від дати початку дії Договору, за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 40% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

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

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

У випадку внесення змін до Договору страхування за ініціативи Страховика, останній надсилає пропозицію про внесення змін Страхувальнику шляхом направлення рекомендованого листа на адресу Страхувальника або шляхом направлення СМС – повідомлення на засіб мобільного зв'язку Страхувальнику.

Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи доповнень до Договору, в двадцятиденний строк з дня її отримання повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У такому випадку Договір достроково припиняє свою дію за згодою Сторін з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію.

У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони укладають додаткову угоду до Договору, скріплюючи її власноручними підписами, або підписують шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, або переукладають Договір.

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

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

5. Умови здійснення страхових виплат

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

5.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник або Застрахована особа у строк не пізніше двох робочих днів з дня закінчення лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи — спадкоємець (-ці) у строк не пізніше 2 місяців з дня настання

події, повинні звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку.

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

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

а) копію свідоцтва про смерть;

б) копію лікарського свідоцтва про смерть;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.3.3. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що надаючи Страховику (Страховому агенту) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки; Страхувальнику зрозуміло, що

Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Останній розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.

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

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

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

5.4.2. У випадку сплати страхового платежу в неповному розмірі, Страховик несе відповідальність за Договором пропорційно відношенню фактично сплаченої частини страхового платежу до нарахованого та визначеного Пропозицією; у разі настання страхового випадку за Договором, страхова виплата зменшуватиметься пропорційно сплаченій частині страхового платежу за Договором.

5.5. Страховик протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання заяви про настання страхового випадку та отримання страхової виплати і документів, передбачених п. 5.3. Умов, приймає рішення про здійснення страхової виплати, яке оформляється Страховим актом, або про відмову в здійсненні страхової виплати.

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

Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхове відшкодування виплачується її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку,

встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

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

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

6.1.10. Інші випадки, передбачені законодавством України.

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

1) які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;

2) що виникли внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;

3) які є наслідком спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

4) які пов'язані з масовими епідеміями;

5) що отриманні в результаті оголошеної чи неоголошеної війни, громадянської війни чи її наслідками, воєнних маневрів, дії групи зловмисників або осіб, які діють за дорученням політичних організацій чи взаємодіють з ними; військових повстань, блокади, захоплення (узурпацією) влади, введення воєнного або надзвичайного стану, ворожих актів та будь-яких інших воєнних дій/заходів воєнного характеру чи спроб їх придушення та/або їх наслідків;

6) страйків, локаутів, мітингів, демонстрацій, революції, трудових безладів або громадянських хвилювань, заколотів, народних повстань, дії озброєних повстанців, а також дії влади, що направлені на їх придушення;

7) активної участі Застрахованої особи у протиправних діях терористичного спрямування – терористичних актах, встановленні вибухового пристрою тощо; мітингів, демонстрацій;

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

9) дії зброї будь-якого типу (крім протиправних дій третіх осіб не пов'язаних з подіями перерахованими в даному пункті, що підтверджено компетентними органами); ураження мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни, вибуху застарілих боєприпасів;

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

11) дорожньо-транспортних пригод, що відбулися за участю будь-яких військових транспортних засобів, включаючи судна та літальні апарати (будь-які бойові броньовані машини, трактори, вантажівки тощо), транспортні засоби цивільної реєстрації, що передалися або використовуються офіційними та неофіційними збройними формуваннями для перевезення зброї, її частин та компонентів, боєприпасів, вибухових та інших речовин/товарів військового призначення або подвійного призначення;

12) ядерного вибуху, радіації та іонізуючого випромінювання або радіоактивного;

13) що отриманні внаслідок порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;

14) що виникли в результаті самолікування;

15) вроджені вади та спадкові хвороби;

16) психічні хвороби;

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

18) ускладнення або штучне переривання вагітності;

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

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

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

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

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

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

7. Не можуть бути Застрахованими особи:

1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

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

3) психічно хворі;

4) особи молодші 1 року та старші 60 років на момент укладання Договору;

5) особи, що досягли 61 років в період дії Договору.

У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених пп.1 - 4 Розділу 7 Умов, до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

У випадку наявності обставин, передбаченої п. 5 Розділу 7 Умов, Договір припиняє свою дію з дня досягнення Застрахованою особою віку 61 років. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за днем народження. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплачених страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи визначених при розрахунку страхового тарифу (40%), фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за договором страхування.

8. Дії Страхувальника при настанні страхового випадку

8.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник або його родич (можливий спадкоємець) повідомляє Представника Страховика про факт настання такої події, її причини, обставини і наслідки за телефоном: (044) 225 60 00 або +38 (097) 170 03 73 (Київстар), +38 (066) 170 03 73 (Vodafone), +38 (093) 170 03 73 (Lifecell), (вартість дзвінка згідно тарифів оператора мобільного зв'язку).

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

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

9. Порядок вирішення спорів. Відповідальність Сторін

9.1. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Правилами, законодавством України. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених у Правилах та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

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

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

9.4. Страховик несе майнову відповідальність за несвочасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми несвочасно здійсненої страхової виплати за кожний день прострочення здійснення страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла в період нарахування пені.**10. Інші умови за згодою Сторін**

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

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

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

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

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

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

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

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

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІПС; а при відправці поштовою зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Договору адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням одержувача від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 3.5. Умов, то датою повідомлення вважатися дата надсилання листа або повідомлення одержувачу.

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

(1) на передачу персональних даних Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання страхових випадків тощо: у зв'язку із (1а) укладенням та супроводженням Договору; (1б) з'ясуванням обставин страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до медичних закладів та установ, правоохоронних органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевіркою належності Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів до осіб, на яких поширюється дія санкцій*; (1г) проведенням маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідженням рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика; (2) на доступ до кредитної історії Страхувальника/Застрахованих осіб/Вигодонабувачів, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо зазначених осіб (в т. ч. інформації, яка міститься в державних реєстрах та інших базах публічного

користування) в порядку, визначеному Законом України «Про організацію формування та обігу кредитних історій»; (3) на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика та Страхового агента, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку. Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про наступне: (1) з моменту укладення Договору їх персональні дані будуть включені до баз персональних даних, володільцем яких є Страховик, Страховий агент та/або баз персональних даних Партнерів з місцезнаходженням таких персональних даних за адресою місцезнаходження Страховика, Страхового агента та/або Партнерів відповідно; (2) персональні дані обробляються в обсязі, що міститься в Договорі та інших документах, поданих Страхувальником/ Застрахованими особами/Вигодонабувачами Страховику під час укладення Договору, та/або тих документах, які будуть отримані Страховиком під час виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб; (3) свої права відповідно до Закону.

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

10.9. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованої особи (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються закладом охорони здоров'я Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо закладу охорони здоров'я). У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від закладу

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

10.10. Акцептуванням умов Пропозиції, Страхувальник підтверджує, що: вся зазначена інформація та всі умови Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих йому визначень; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

10.11. Сторони погодили, що Страховик має право призупинити будь-які транзакції та виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Вигодонабувачу) за цим Договором у випадку застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача санкцій відповідно до чинного законодавства України та/або санкцій, заборон або обмежень відповідно до резолюцій Організації Об'єднаних Націй, норм законодавства Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки.

Після припинення застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача вказаних санкцій та/або заборон та/або обмежень Страховик відновлює виплати страхових відшкодувань Страхувальнику (Вигодонабувачу) за цим Договором, в тому числі тих, що підлягали виплаті під час дії зазначених санкцій та/або заборон та/або обмежень.

Перелік захворювань та розмір страхових виплат

№	Захворювання	Розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)**
I. Хвороби системи кровообігу:			
1	Гострий інфаркт міокарду	50	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	30 днів
3	Гострий перикардит	20	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	30 днів
5	Гострий міокардит	15	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
10	Флеботромбоз	15	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	30	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	20	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:			
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення спленектомії)	10	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	90 днів
III. Хвороби органів дихання:			
25	Гострий тонзиліт	2	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	30 днів
27	Емфізема	8	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	30 днів
29	Плеврит	10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	7 днів
31	Гемоторакс	10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:			
35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	25	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	15	30 днів
43	Панкреонекроз	45	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	25	7 днів
45	Гострий апендицит	15	7 днів
46	Печінкова колька	2	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи			
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	15	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	15	90 днів

52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
54	Гострий уретрит	5	90 днів
55	Гострий цистит	2	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	20	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90 днів
VI. Хвороби кістково-язевої системи та сполучної тканини:			
63	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:			
77	Гіпотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	90 днів
79	Гострий тиреоїдит	15	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	90 днів
82	Цукровий діабет інші типи (орім гестаційного вперше виявлений)	10	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи			
83	Ураження трійчастого нерва	8	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	8	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха			
88	Кератити	5	90 днів
89	Іридоцикліти	5	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	90 днів
93	Виразки роговиці	10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30 днів
95	Хвороби сльозових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого ератокон'юнктивіту))	5	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	30 днів
97	Гострий середній отит	2	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	30 днів
X. Новоутворення			
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози		
	до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки:		
	до 35 років	50	90 днів
	від 35 років і старше	40	90 днів

107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок		
	до 35 років	40	90 днів
	від 35 років і старше	30	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку		
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози		
110	Лейкоз		
111	Мієломна хвороба		
112	Інші злоякісні новоутворення		
113	Доброякісні новоутворення головного мозку		
114	Доброякісні новоутворення молочної залози		
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки		
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)		
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби			
117	Холера		
118	Тиф и паратиф		
119	Сальмонельоз		
120	Ботулізм		
121	Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)		
122	Туляремія		
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)		
124	Сибірська виразка		
125	Коклюш (кашлюк)		
126	Скарлатина		
127	Вітряна віспа (за умови стаціонара)		
128	Вітряна віспа		
129	Кір		
130	Краснуха		
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)		
132	Туберкульоз (вперше виявлений)		
133	Вірусні гепатити А, Е		
134	Вірусні гепатити В, С		
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)		
136	Гострий поліомієліт		
137	Енцефаліт, енцефаломієліт		
138	Менінгіт, арахноїдит		
139	Лептоспіроз		
140	Токсоплазмоз		
141	Лейшманіоз		
142	Інфекційний монокулеоз		
143	Малярія		
144	Сепсис		

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