

**Затверджені Рішенням Правління від 28.06.2024 року  
(Протокол №8)  
Строк дії Загальних умов: з 01.07.2024 р**

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ  
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

Загальні умови страхового продукту з медичного страхування (надалі – Загальні умови) розроблені Приватним акціонерним товариством «УКРАЇНСЬКА АГРАРНО – СТРАХОВА КОМПАНІЯ» (надалі - Страховик) у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України, та на підставі внутрішніх документів (політика з андеррайтингу тощо).

Ці загальні умови розроблені відповідно до класу страхування 2 страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування).

Страховик укладає договори медичного страхування (надалі – Договори страхування) з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальники), в тому числі які здійснюють підприємницьку діяльність, за умовами яких Страховик гарантує Страхувальникам при настанні страхових випадків проведення виплати страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги (послуг) певного переліку та якості згідно з програмами медичного страхування Страховика (надалі – програми страхування), що наведені у Додатку №1 до цих Загальних умов, та згідно з Договором страхування.

Дані Загальні умови регулюють порядок укладення Договору страхування. За згодою Сторін у Договір страхування можуть бути включені додаткові умови, що не суперечать законодавству України та цими Загальним умовам.

Страхувальники можуть укладати зі Страховиком Договори медичного страхування третіх осіб (надалі – Застраховані особи) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Страхувальник, який уклав із Страховиком Договір страхування фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, внесені в список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною Договору страхування.

В період дії Договору страхування до настання страхового випадку Страхувальник має право змінити Застраховану особу. Застрахована особа, яка визначена в Договорі страхування, може бути замінена Страхувальником на іншу особу лише за письмовою згодою Страховика. При цьому Страховик у разі збільшення страхового ризику має право вимагати доплати до страхового внеску, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

Поняття та терміни, що використовуються в цих Загальних умовах, мають такі значення:

**Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська аграрно – страхова компанія».

**Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

**Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю якої є предметом Договору страхування, на користь якої укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування.

**Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, що призначена у Договорі страхування за згодою Страхувальника/Застрахованої особи для отримання страхових виплат. За Договором страхування Вигодонабувачем може бути:

Застрахована особа, у разі оплати Застрахованою особою медичних послуг самостійно;

Будь-яка фізична особа, вказана у розпорядженні про призначення Вигодонабувача – у разі сплати Застрахованою особою послуг самостійно;

Батьки/опікуни неповнолітньої Застрахованої особи.

**Асистанс** – юридична особа, яка від імені та за дорученням Страховика організовує, оплачує, контролює та координує дії Страхувальника/Застрахованої особи та осіб, які

надають послуги Страхувальникові /Застрахованій особі, у разі настання певних подій (страхових випадків).

**Заява/список** – письмова заява, яка подається Страхувальником або Застрахованою особою під час укладання Договору страхування, та містить інформацію про Застраховану особу (ПІБ, номер телефону, ППН, паспортні дані, тощо).

**Стан здоров'я** – характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, яка підтверджується медичною документацією.

**Погіршення стану здоров'я (невідкладний стан)** – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю пацієнта або оточуючих його людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

**Програма медичного страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, які обрані Страхувальником/Застрахованою особою при укладенні Договору страхування та надаються їй на підставі цього Договору страхування. Договір страхування за бажанням Страхувальника/Застрахованої особи може включати одну або декілька програм страхування, може передбачати зміни з урахуванням індивідуальних побажань Страхувальника, та/або індивідуальну програму страхування для конкретної Застрахованої особи.

**Амбулаторно-поліклінічна медична допомога (поліклінічна допомога)** – організована та регулярна медична допомога (послуга), що надається пацієнту в умовах поліклініки.

**Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

**Хронічне захворювання** – захворювання (хвороба), з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Хронічні захворювання поділяють на зворотні та незворотні:

**Хронічне захворювання в стадії ремісії (поза стадією загострення)** – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).

**Захворювання** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та / або морфологічними змінами.

**Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, та яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю. Тривалість гострого захворювання не може перевищувати 6 (шість) місяців.

**Загострення хронічного захворювання** – період перебігу хронічного захворювання (хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання/несвоєчасного надання медичної допомоги (послуг) може призвести до тривалого розладу здоров'я пацієнта або загрожувати його життю та вимагає негайної медичної допомоги.

**Фаза ремісії** – період тимчасового поліпшення стану пацієнта, яке проявляється в уповільненні або припиненні прогресування хвороби, частковому чи зворотному розвитку, повному зникненні клінічних проявів патологічного процесу.

**Стационарна медична допомога (послуга)** – медична допомога (послуга), що надається пацієнту, при умові його безперервного перебування в стаціонарі, ЛПУ, протягом строку, який перевищує 24 години

**Лікувально – профілактичні установи (ЛПУ)** – підприємства, установи або організації, що забезпечують різноманітні потреби населення у галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичного персоналу, а саме: лікарні для надання стаціонарної медичної допомоги хворим, медичні центри, поліклініки, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки тощо.

**Медикаментозне забезпечення (лікування)** – забезпечення Страховика/Застрахованої особи медикаментами та товарами медичного призначення.

**Медична допомога (послуга)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшення здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями, лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності особи, а також спрямованих на реабілітацію хворих та інвалідів.

**Медичні послуги** включають консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, що надаються із залученням медичного персоналу ЛПУ чи особою, що мають ліцензію на надання відповідного виду медичних послуг.

**Невідкладна медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Невідкладна медична допомога полягає у виїзді бригади невідкладної медичної допомоги, реанімаційні заходи, і якщо виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунуті медичними працівниками бригади невідкладної медичної допомоги, у перевезенні Застрахованої особи до найближчого закладу охорони здоров'я.

**Стоматологічна допомога** – це самостійний вид медичної допомоги, що надається за видами лікувально-профілактичної допомоги, до якої входять стоматологічна терапевтична, стоматологічна хірургічна, стоматологічна ортопедична (ортодонтична) допомога. Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, але не обмежується переліченими послугами.

**Невідкладна стоматологічна допомога** – надання медичних послуг при раптовому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування.

**Планова стоматологічна допомога** – надання медичних послуг, спрямованих на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, планових пломб, видалення зуба тощо).

**Ліміт відповідальності** – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат по одному з ризиків або їхньої сукупності, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або відносно страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися страхові виплати. Ліміт відповідальності може бути виражений у грошових одиницях (грошовий ліміт), кількості послуг або в інших обмеженнях (квотний ліміт). Ліміт відповідальності може бути:

- ліміт відповідальності агрегатний (сумарний) – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат по всім Застрахованим особам, які підпадають під дію ліміту відповідальності відповідно до одного загального Договору

страхування;

ліміт відповідальності індивідуальний – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат індивідуально по кожній Застрахованій особі, яка входить до списку загального Договору страхування.

**Період відстрочки** – це певний період у часі від моменту початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності за випадками, що сталися зі Страхувальником/Застрахованою особою. Тривалість періоду відстрочки зазначається у Договорі страхування

**Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування або законодавством України, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику/Застрахованій.

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

**Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

**Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

**Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

**Строк страхування** – строк, встановлений у Договорі страхування, за який Страхувальник сплачує страховий платіж і протягом якого Страховик здійснює страховий захист та несе обов'язок у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

**Період страхування (період дії страхового захисту)** – строк, визначений у Договорі страхування, протягом якого діє страховий захист.

**Страховий захист** – захист майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування. Якщо в період дії страхового захисту внаслідок непередбаченого і раптового настання обумовленої в Договорі страхування події (страхового випадку) Застрахованою особою отримана медична (лікувальна, діагностична, консультативна тощо) допомога та інші послуги у межах та в обсязі програми страхування, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору страхування шляхом виплати грошових коштів у межах страхової суми, зазначеної у Договорі страхування.

**Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування. Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми, лімітів відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, в абсолютній грошовій величині або в днях.

У Договорі страхування можуть зазначатись інші поняття, які не визначені цими Загальними умовами, що мають відповідати вимогам відповідних нормативно-правових актів України, у Договорі страхування надається їх тлумачення.

## 2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

2.1. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування, та які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

2.2. Предметом Договору медичного страхування є майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю

Страхувальника/Застрахованої особи.

2.3. Об'єктом Договору страхування є здоров'я та працездатність Страхувальника/Застрахованої.

2.4. Умовами Договору страхування може бути передбачено використання періоду очікування, протягом якого отримання Застрахованою особою медичної допомоги (послуги) не буде визнаватися страховим випадком.

2.5. Умовами Договору страхування може бути передбачений ліміт кількості випадків отримання Застрахованою особою медичної допомоги (послуги), які можуть бути визнані страховими випадками.

2.4. Умовами Договору страхування може бути передбачено використання періоду відстрочки у днях для захворювання, після закінчення якого отримання у зв'язку з цим захворюванням медичної допомоги (послуги) буде визнаватися страховими випадками.

### **3. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

3.1. Порядок прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в Договорі страхування.

3.2. Страховик приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та письмово повідомляє Страхувальника та/або одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування.

3.3. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

3.3.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, 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 страхування, встановлюється відповідно до законодавства України;

3.3.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3.3.3. у разі одержання Застрахованою особою травм, захворювання або інших ушкоджень здоров'я при вчиненні нею злочину;

3.3.4. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

3.3.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

3.3.6. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою Страховика про збільшення ступеня страхового ризику, у тому числі про зміну роду занять, якщо ця обставина слугувала прямою або непрямою причиною настання події, що має ознаки страхового випадку;

3.3.7. одержання Застрахованою особою послуг, не передбачених Договором або програмою страхування, або поза межами строку та території дії Договору страхування.

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

### **4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

4.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, не визнаються страховими випадками події, що відбулися внаслідок (загальні виключення):

- 4.1.1. діагностики та лікування поза межами території страхування. Територією страхування є Україна, якщо інше не обумовлено Договором страхування;
- 4.1.2. захворювання, що виникло у зв'язку з навмисним заподіянням собі Страхувальником/Застрахованою особою тілесних ушкоджень, будь-якої шкоди своєму здоров'ю, замахом на самогубство;
- 4.1.3. свідомого невиконання Страхувальником/Застрахованою особою призначень лікаря і створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу;
- 4.1.4. будь-якого захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Страхувальника/Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування та інформацію про яке він не повідомив або навмисно спотворив у анкеті/декларації про стан здоров'я.
- 4.2. За умовами цих Загальних умов страховими випадками не визнаються, якщо інше не передбачено Договором страхування, та не підлягають відшкодуванню Страховиком:
- 4.2.1. Лікування захворювань та травм, що безпосередньо пов'язані з невинуватим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав), заняттями небезпечними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, парашутеризмом, кінним спортом, парашутним спортом, мотогонками, змаганнями у швидкості, моторалі та автогонками, підводними видами спорту з використанням дихальних апаратів, стрибками на водних лижах, регбі, будь-якими видами комерційного чи професійного спорту, а також участь у спелеологічних експедиціях, за винятком екскурсій або туристичних походів, що проводяться з пізнавальною метою).
- 4.2.2. Діагностичні та лікувальні заходи, які не були узгоджені зі Страховиком (окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги) та заходи, не передбачені обраною програмою медичного страхування.
- 4.2.3. Лікування з порушенням чи невиконанням призначень і рекомендацій лікаря, а також порушення Застрахованою особою режиму лікувального закладу.
- 4.2.4. Отримання медичних послуг та придбання ліків, не призначених лікарем, самолікування.
- 4.2.5. Операції чи лікування, не завершені до початку дії Договору страхування.
- 4.2.6. Подальше обстеження після встановлення не страхового діагнозу.
- 4.2.7. Обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування.
- 4.2.8. Перебування у стаціонарі з метою отримання піклувального догляду.
- 4.2.9. Лікування захворювань та травм, які настали внаслідок вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин.
- 4.2.10. Дерматологічні захворювання: лікування мікозів (дерматофітії, інші поверхневі мікози, кандидоз, кокцидіоз, гістоплазмоз, бластомікоз, параккокцидіомікоз, споротрихоз, хромомікоз, аспергильоз, криптококоз, зигомікоз, міцетома, лобомікоз, не уточнений мікоз, простий лишай та свербіць), алергічних дерматитів, атопічних дерматитів (атопічний дерматит, пруріго Бесніра, інший атопічний дерматит, атопічний дерматит, не уточнений), псоріазу (псоріаз звичайний, генералізований пустулярний, акродерматит, краплино подібний, артропатичний, інший псоріаз, псоріаз не уточнений), екземи (інші дерматити, монетопоподібний, дісгідроз, шкіряна аутосенсібілізація, інфекційний дерматит, інтертригіозна екзема, інший дерматит, не уточнений дерматит), себореї (себорейний дерматит, себорея голови, себорейний дитячий дерматит, інша себорея, себорея неуточнена), крім первинної консультації та діагностики.
- 4.2.11. Вугрова хвороба (вугрі, звичайні вугрі, розацеа, періоральний дерматит, ринофіма, інші вугрі, не уточнені вугрі), алопеції (алопеція тотальна, алопеція андрогенна, інша не рубцева втрата волосся, рубцева алопеція), контагіозного моллюску, вітіліго, демодекозу (інші акариazi, інші антропологічні інвазії), педікульозу (фтіріазу), корости.
- 4.2.12. Лікування психічних захворювань, захворювань психогенної природи, неврозів та неврозоподібних станів, порушень мови (в т.ч. забезпечення снодійними препаратами,

- заспокійливими, антидепресантами, транквілізаторами та ін.).
- 4.2.13. Діагностика та лікування хвороб крові, хронічних хвороб периферичних судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, тощо) крім проведення хірургічних операцій та інших станів, що загрожують життю.
- 4.2.14. Діагностика, призначення схем лікування та безпосередньо лікування венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, тощо).
- 4.2.15. Діагностика та лікування СНІД (ВІЛ) та його наслідків.
- 4.2.16. Природжені та набуті вади розвитку, деформації, хромосомні аномалії та спадкові захворювання.
- 4.2.17. Променеві ураження та їх наслідки.
- 4.2.18. Системні захворювання сполучної тканини, в тому числі колагенози, ревматоїдний артрит, хвороба Бехтерева, артропатії, саркаїдоз, муковісцидоз, подагра, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування.
- 4.2.19. Захворювання в стадії декомпенсації – ця стадія характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотними, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи.
- 4.2.20. Повільно прогресуючі захворювання нервової системи (хвороба Гетінгтона, спадкова атаксія, спінальна м'язова та системна атрофія, хвороба Альцгеймера, інші дегенеративні хвороби нервової системи, розсіяний склероз, гостра форма десмінованої демієлінізації, інші демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи, церебральні паралічі та інші паралітичні синдроми), міастенія та міопатії, мієлопатії при інших захворюваннях, менінгіти, енцефаліти та менінгоенцефаліти, арахноїдити (менінгіти неуточнені), дисциркуляторна енцефалопатія (церебральний атеросклероз, прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія, гіпертензивна енцефалопатія, інші судинні ураження мозку), незалежно від стадії процесу.
- 4.2.21. Особливо небезпечні інфекції, у тому числі: натуральна віспа, чума, холера, тиф, лепра, сибірка, жовта лихоманка, геморагічна лихоманка, захворювання, що потребують карантинних заходів.
- 4.2.22. Лікування уражень судин, що потребують проведення різних видів стентування та шунтування, в т.ч. аорто-коронарного (за додатковим погодженням).
- 4.2.23. Лікування хронічної ниркової недостатності (в тому числі проведення гемодіалізу), печінкової недостатності та «нейрогенний сечовий міхур», крім невідкладних станів, але не більше 3 разів протягом строку страхування.
- 4.2.24. Діагностика та лікування алергічних захворювань, крім гострих алергічних реакцій та невідкладних станів, вазомоторний риніт, поліноз, алергічний дерматит; бронхіальна астма, тощо.
- 4.2.25. Діагностика та лікування гельмінтозів, паразитарних та інших інвазивних захворювань.
- 4.2.26. Лікування строком понад 1 (один) календарний місяць важких захворювань (у тому числі гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу).
- 4.2.27. Лікування віддалених наслідків отриманих травм та перенесених захворювань (нейроінфекцій, ГПМК), крім невідкладних станів.
- 4.2.28. Лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції по зміні статі, штучне запліднення, сексуальні дисфункції.
- 4.2.29. Лікування незапальних захворювань жіночих статевих органів, розладів менструального циклу та подальша діагностика після встановлення цих діагнозів та їх наслідків (в тому числі менопаузи, пременопаузи, синдром виснажених яєчників, овуляторний синдром, фіброзно-кістозна мастопатія, тощо).
- 4.2.30. Застосування процедур та препаратів з метою запобігання запліднення.
- 4.2.31. Корекція ваги та лікування ожиріння.
- 4.2.32. Проведення штучного переривання вагітності (крім переривання за будь-якими



медичними показаннями).

4.2.33. Косметичні, в тому числі видалення бородавок та папілом, та пластичні операції (у т. ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, вазопластика, венектомія), крім випадків, коли їх проведення пов'язане з відновленням або корекцією наслідків нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування, та у випадках, які загрожують життю застрахованої особи.

4.2.34. Лікування та діагностика нетрадиційними методами (в тому числі гірудотерапія, ароматерапія, гіпноз, іридіодіагностика, психоаналіз, біоенергетичні методи, лікування біологічно активними та харчовими добавками, консультація та лікування у психолога, психотерапевта, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога (в т.ч імунограма, інші методи діагностики та лікування імунної системи, рефлексотерапія, апітерапія, озонотерапія, плазмofільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, акупунктура, аурикулотермопунктура, електропунктура, пульсова діагностика та лікування), за винятком випадків, які загрожують життю застрахованої особи.

4.2.35. Експериментальне або науково-дослідне лікування, якщо традиційне лікування не дало результату і у випадках, які загрожують життю застрахованої особи.

4.2.36. Лікування захворювань, що вимагають застосування замісної терапії строком понад 1 (один) місяць (гормональні, ферментні препарати, тощо), за винятком гострих станів, що загрожують життю застрахованої особи.

4.2.37. Забезпечення лікарськими засобами, необхідними для тривалого прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються витрати на лікування до стабілізації стану здоров'я строком до 30-ти днів, але не більше двох загострень одного захворювання в період дії Договору страхування).

4.2.38. Придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплата донорів.

4.2.39. Придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей (і їх видалення), корсетів, милиць, інвалідних візочків, фіксуючих пластин та гвинтів, а також керованих систем (поліпропіленових сіток) при оперативних втручаннях. Придбання виробів медичного призначення або медикаментів, які не відносяться до Державного реєстру МОЗ України, в тому числі медичної апаратури багаторазового застосування (небулайзери, інгалятори та ін.).

4.2.40. Профілактичні та лікувальні заходи, проведення яких регламентується нормативними документами МОЗ: проведення щеплень, в тому числі антирабійних профілактичних заходів, вакцинація за схемою при покусах.

4.2.41. Ортодонтія.

4.2.42. Профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи (санаторно-курортне лікування тощо), медикаменти, призначені з метою профілактики, в т.ч. ті, що входять в схему лікування, але не мають прямої патогенетичної дії (вітамінні препарати, гепатопротектори, хондропротектори, імуномодулятори, системні ензими, ензими загальної дії), а також імунізація, вакцинація; гіполіпідемічні препарати (у т.ч. статини), простагландини, матеріали для алло- і ксенопластики, біологічно активні (харчові) добавки, дезінфікуючі засоби, предмети гігієни, шампуні, креми, пасти, тощо.

4.2.43. Лікування ендокринних захворювань, у тому числі цукрового діабету та його ускладнення, окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи. В таких випадках допомога надається до стабілізації стану (лікування цих захворювань може бути зазначено серед додаткових послуг, включених у Програму страхування).

4.2.44. Лікування онкологічних захворювань та доброякісних новоутворень (за винятком додаткових послуг, включених у Програму страхування, та Діагностики злоякісних пухлин при умові попереднього погодження з керівництвом).

4.2.45. Туберкульоз будь-якої локалізації (за винятком додаткових послуг, включених у Програму страхування).

- 4.2.46. Діагностика та лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, кандидоз), діагностика та лікування ТОРЧ – інфекцій (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, герпес) (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування).
- 4.2.47. Лікування кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування).
- 4.2.48. Діагностика та лікування гепатитів, цирозів печінки, гепатозів, гострі форми інфекційних гепатитів, за винятком гострої форми вірусного гепатиту А (крім додаткових послуг, включених у Програму страхування, та інших випадків, які загрожують життю застрахованої особи).
- 4.2.49. Оперативне лікування вікової катаракти та глаукоми, включаючи лазерну коагуляцію судин сітківки ока, окуляри, лінзи (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування, та станів, що загрожують життю застрахованої особи. В таких випадках допомога надається до стабілізації стану).
- 4.2.50. Лікування та діагностика, необхідність яких пов'язана з вагітністю, пологами та їх ускладненнями, окрім ситуацій, коли є загроза життю застрахованої особи (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування).
- 4.2.51. Вікові та дегенеративно-дистрофічні процеси та зміни (в тому числі остеохондроз, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз та інші), окрім ситуацій коли є загроза життю застрахованої особи.
- 4.2.52. Лікування (крім невідкладних станів) ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейроциркуляторна дистонія), ДЕП (дисцеркуляторна енцефалопатія), АГ (артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), діагностика та лікування астено-невротичного синдрому, синдрому хронічної втоми.
- 4.2.53. Аденотомія, тонзилотомія, конхотомія, вазотомія.
- 4.2.54. Функціональні порушення травлення (дисбактеріоз, дисбіоз, СПК, ДЖВШ, тощо), окрім станів загострень хвороби. В таких випадках допомога надається до стабілізації стану Застрахованої особи.
- 4.2.55. Хронічне захворювання будь-якого типу в фазі ремісії, що було діагностовано до моменту укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 4.2.56. Гостре захворювання та/або загострення захворювання, та/або ускладнення захворювання, що виникло до моменту укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 4.2.57. Вагітність та погіршення стану здоров'я, пов'язані з вагітністю, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 4.2.58. Погіршення стану здоров'я, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 4.2.59. У зв'язку з захворюваннями, що виникли внаслідок форс-мажорних обставин (вплив іонізуючого випромінювання, природні катаклізми, війна, військові дії будь-якого роду, надзвичайне положення, оголошене органами влади, громадянською війною, бунтом, революцією, заколотом, узурпацією влади, повстаннями, порушенням громадського порядку).
- 4.2.60. У зв'язку з захворюваннями, пов'язаними з епідеміями в разі введення карантинних заходів (крім епідемії ГРВІ).
- 4.2.61. Обстеженням з метою оформлення санаторно-курортних карт, проходження медико-соціальної експертної комісії, отримання медичної документації для поїздок за кордон, на право носіння зброї, для відвідування спортивно-оздоровчих закладів, та перебуванням в стаціонарі для отримання опікунського догляду.

4.3. Страховик не відшкодовує витрати (якщо інше не обумовлене Договором страхування), пов'язані з:

4.3.1. Діагностикою та лікуванням методами нетрадиційної медицини, проведенням курсу лікування у косметологічних клініках, на лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах, а також лікуванням методами, що застосовуються в санаторно-курортних закладах;

4.3.2. Використанням медичних препаратів, не затверджених МОЗ України до застосування як лікарські засоби на території України, а також використанням біоенергетичних харчових добавок, косметичних засобів, предметів догляду тощо;

4.3.3. Оплатою медичної допомоги (послуг), не обумовлених Програмою медичного страхування, та оплатою медичної допомоги (послуг), отриманих в медичних закладах, не визначених Договором страхування;

4.3.4. Оплатою допоміжних засобів: окулярів, слухових апаратів, милиць, інвалідних колясок тощо;

4.3.5. Оплатою електрокардіостимулятора, клапана та інших імплантатів при захворюваннях серця, судин, нервової та опорно-рухової систем;

4.3.6. Оплатою контрацептивів та протизаплідних засобів, біологічних добавок, бальзамів для внутрішнього вживання;

4.3.7. Оплатою медичних препаратів та засобів для підтримуючої та замісної терапії при хронічних захворюваннях;

4.3.8. Лікуванням, що є за характером експериментальним (пов'язаним з апробацією методик, ліків) або дослідницьким;

4.3.9. Моральної шкоди, втраченої вигоди та інших непрямих збитків.

4.4. Страховик не несе відповідальність у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку.

4.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать цим Загальним умовам та законодавству України.

4.6. За згодою сторін при укладенні Договору страхування деякі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, зазначені у цьому розділі Загальних умов страхування, можуть не застосовуватися в умовах Договору страхування.

## **5. СТРАХОВА СУМА, ОБМЕЖЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА. ФРАНШИЗА**

5.1. Розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування або внесенні в нього змін та зазначається в договорі страхування. Розмір страхової суми визначається виходячи з цін на медичні послуги в медичних закладах різних форм власності, переліку видів медичної допомоги та медичних послуг, вартості медикаментів, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі та місця дії договору страхування.

5.2. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.3. В межах страхової суми можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика за будь-яким окремим страховим ризиком, вказаним у Договорі страхування відповідно до цих Загальних умов;

5.3.1. за кожним страховим випадком і визначається як максимальне значення зі страхових сум, встановлених за ризиками в Договорі страхування, яке є лімітом виплат Страховика за кожним страховим випадком протягом дії Договору страхування;

5.3.2. за Договором страхування і визначається агрегатним (сумарним) лімітом виплат Страховика за всіма страховими випадками, які відбулися в період дії Договору

страхування з конкретним Страхувальником/Застрахованою особою.

5.4. Страхова сума може бути встановлена по окремій програмі медичного страхування, групі програм медичного страхування, Договору страхування в цілому.

5.5. Страховик може встановлювати у Договорі страхування франшизу. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

5.6. Під час дії Договору страхування між Страховиком і Страхувальником може бути узгоджено збільшення розміру страхової суми. При збільшенні страхової суми Страхувальник сплачує додатковий страховий платіж.

5.7. При збільшенні страхової суми укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

## **6. СТРОК І ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Строк та місце дії Договору страхування встановлюються за згодою сторін та визначаються у Договорі страхування.

6.2. Договір страхування укладається на строк до 1 (одного) року, але в Договорі страхування може бути передбачено подовження строку страхування, що оформляється шляхом внесення відповідних змін до Договору страхування.

6.3. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування. Територія дії Договору страхування зазначається у Договорі страхування.

6.4. Територією страхування також може бути окремий географічний район (селище, місто, область, країна), в межах якого стався страховий випадок, у зв'язку із чим у Страховика виникає зобов'язання здійснити страхову виплату.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Договір страхування укладається Страховиком чи представником Страховика від його імені.

7.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заявою може бути заповнений Страхувальником спеціальний бланк, лист, повідомлення тощо.

У випадку страхування групи осіб Страхувальник також подає Страховику список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною Договору страхування.

7.3. На вимогу Страховика Договір страхування укладається за умови заповнення Заяви за формою, встановленою Страховиком.

7.4. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.

7.5. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, у тому числі результати попереднього медичного обстеження.

7.6. Страхувальники можуть укласти Договори з Страхувальником (Застрахованою особою) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

7.7. На підставі отриманої від Страхувальника інформації Страховик приймає рішення про укладення Договору страхування.

7.8. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, (електронним полісом в телефонному застосунку).

7.9. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках передбачених законодавством України,

Страховальник повинен надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страховальника.

Договори страхування укладаються відповідно до цих Загальних умов. Конкретні умови.

7.10. Зміни і доповнення до Договору страхування після його підписання оформлюються додатковими угодами, що мають бути підписані Страховальником та Страховиком, та які є невід'ємною частиною Договору страхування.

## **8. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

### **8.1. Страховальник має право:**

8.1.1. Ознайомитися з Загальними умовами страхування.

8.1.2. Укласти зі Страховиком Договір страхування про страхування майнових інтересів, пов'язаних із власним життям, здоров'ям та працездатністю, та Договори страхування майнових інтересів, пов'язаних із життям, здоров'ям та працездатністю третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою.

8.1.3. Визначити осіб, які підлягають страхуванню.

8.1.4. У разі настання страхового випадку, вимагати від Страховика отримання страхової виплати або медичної допомоги (послуг) з урахуванням конкретних умов Договору страхування у межах страхової суми.

8.1.5. Перевіряти дотримання Страховиком/Застрахованою особою умов Договору страхування.

8.1.6. Отримати будь-які пояснення відповідно до умов та порядку виконання Договору страхування.

8.1.7. У разі втрати Договору страхування у період його дії та/або сервісної (медичної) картки, звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката та отримати дублікат Договору страхування та/або сервісної (медичної) картки.

8.1.8. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування, що стосуються розміру страхової суми та/або страхових сум за окремими ризиками, періоду страхування, розміру страхових платежів.

8.1.9. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до умов, передбачених Загальними умовами страхування та Договором страхування.

8.1.10. При колективному страхуванні в період дії Договору страхування вносити зміни до переліку Застрахованих осіб, зокрема включати до переліку нових Застрахованих осіб або припинити дію Договору страхування стосовно частини Застрахованих осіб. При включенні до переліку нових Застрахованих осіб Страховальник повідомляє про це Страховика в порядку, передбаченому Загальними умовами та Договором страхування. Строк дії Договору страхування відносно додатково Застрахованих осіб не може бути більшим загального періоду дії Договору страхування.

8.1.11. За письмовою згодою Застрахованої особи призначати в Договорі страхування фізичних або юридичних осіб – Вигодонабувачів для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.1.12. Оскаржити прийняте Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати в порядку, передбаченому законодавством України.

8.1.13. Вимагати від Страховика своєчасних виплат страхових сум (її частин) та надання медичної допомоги (послуг), передбаченої Договором страхування.

8.1.14. Вимагати від Страховика дотримуватись конфіденційності відносно будь-якої інформації, яка стосується Договору страхування.

8.1.15. Користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування, Загальними умовами та законодавством України.

## **8.2. Страхувальник зобов'язаний:**

8.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірах та у строки, що встановлені Договором страхування.

8.2.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-які зміни страхового ризику впродовж дії Договору страхування.

8.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету Договору страхування.

8.2.4. Виконувати рекомендації та розпорядження Страховика, якщо це передбачено Договором страхування.

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

8.2.6. Надавати Страховикові перелік осіб, які підлягають страхуванню як Застраховані особи, одночасно з поданням заяви на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2.7. Ознайомити Застрахованих осіб із умовами Договору страхування, обов'язками Застрахованих осіб згідно з Договором страхування, а також повідомити про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку тощо.

8.2.8. Сплатити додатковий страховий платіж у разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення відповідних змін до умов Договору страхування.

8.2.9. У межах своєї компетенції, вжити заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

8.2.10. Протягом трьох робочих днів, якщо інший строк не визначено умовами Договору страхування, повідомити Страховика про настання страхового випадку. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, то цих заходів повинна вжити Застрахована особа.

8.2.11. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених законодавством України, надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.

8.2.12. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

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

8.3.1. У разі настання страхового випадку отримати медичну допомогу належної якості та в обсязі, передбаченому програмами страхування, у межах лімітів відповідальності Страховика, передбачених Договором страхування.

8.3.2. Під час лікування замінити лікувально-профілактичний заклад або лікаря за згодою Страховика, якщо Договором страхування не передбачене інше.

8.3.3. На отримання страхової виплати при настанні страхового випадку, обумовленого Договором страхування.

8.3.4. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України. У випадках, передбачених законодавством України, уповноважений представник Застрахованої особи (один з батьків, усиновитель, опікун тощо) має право на оскарження, передбачене даним пунктом цих Загальних умов.

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

8.4.1. Надавати Страховику правдиву і повну інформацію про стан свого здоров'я при укладенні Договору страхування та протягом строку його дії.

8.4.2. Забезпечити зберігання Договору страхування (полісу, картки), не передавати його

іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги, тримати в таємниці відомості стосовно умов Договору страхування і отриманої інформації про Страховика, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.4.3. У разі втрати Договору страхування (полісу, картки), не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту такої втрати, письмово повідомити Страховика про таку втрату.

8.4.4. Свідомо не створювати ризику втрати здоров'я чи заподіяння шкоди своєму здоров'ю, у разі розладу здоров'я звернутися до медичного закладу або до Страховика відповідно до умов Договору страхування.

8.4.5. Виконувати приписи довіреного лікаря, що одержані під час надання медичної допомоги, дотримуватись розпорядку, встановленого закладом охорони здоров'я, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

8.4.6. На вимогу Страховика пройти попередній медичний огляд.

8.4.7. Надати свою згоду на розкриття Страховику працівниками медичних закладів лікарської таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення і лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором страхування.

8.4.8. Не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту госпіталізації, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити Страховика про перебування у лікувальному закладі (стаціонарі), не передбаченому програмою та Договором страхування, та повідомити його місцезнаходження. У разі невиконання цієї вимоги без поважних на те причин Страховик має право відмовити у відшкодуванні Застрахованій особі витрат на оплату медичних послуг, отриманих в даному медичному закладі.

8.4.9. У разі сплати медичних послуг за власний рахунок, надати Страховикові всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та необхідні для здійснення страхової виплати, у строк та у порядку, передбаченому Договором страхування, та які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та страхової виплати, а у разі прийняття Страховиком рішення про необхідність проведення медичного обстеження у довіреного лікаря Страховика, здійснити таке обстеження відповідно до умов, передбачених Договором страхування.

8.4.10. Повернути Страховикові протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, страхові документи Застрахованої особи у випадку дострокового припинення Договору страхування стосовно цієї особи.

8.4.11. Повернути Страховикові протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання письмової вимоги Страховика, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, яка повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на отримання страхової виплати.

## **8.5. Страховик має право:**

8.5.1. До укладення Договору страхування вимагати будь-які додаткові обстеження і документи, що підтверджують стан здоров'я особи, яка приймається на страхування, і за результатами попереднього медичного обстеження.

8.5.2. Відмовити в укладенні Договору страхування на основі результатів попереднього анкетування і медичного обстеження Страхувальника/Застрахованої особи.

8.5.3. Перевіряти достовірність наданої Страхувальником інформації, а також виконання ним умов Договору страхування.

8.5.4. Достроково припинити Договір страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини такого рішення у випадках, передбачених законодавством України, умовами Договору страхування і Загальними умовами.

8.5.5. У разі збільшення ступеня страхового ризику щодо предмету Договору страхування, запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж. У разі відмови Страхувальника внести зміни до Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування стосовно Застрахованої особи,

відповідно до умов цих Загальних умов та Договору страхування, на підставі невиконання Страхувальником умов Договору страхування.

8.5.6. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку: вимагати від Страхувальника/Застрахованої особи інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною та лікарською таємницею.

8.5.7. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до медичних закладів, компетентних органів, інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причину настання страхового випадку, вартість медичних та інших послуг, отриманих Застрахованою особою.

8.5.8. Відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, у випадках, передбачених цими Загальними умовами страхування.

8.5.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати (її частини) у випадках, обумовлених Договором страхування та цими Загальними умовами.

8.5.10. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Загальними умовами страхування та Договором страхування.

8.5.11. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування у випадку невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Загальними умовами та Договором страхування.

#### **8.6. Страховик зобов'язаний:**

8.6.1. Ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами та Загальними умовами страхування.

8.6.2. Видати Страхувальнику/Застрахованій особі Договір страхування, картку застрахованої особи, а при їх втраті – дублікат.

8.6.3. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Страхувальнику.

8.6.4. При настанні страхового випадку та після отримання усіх належним чином оформлених документів та відомостей здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк і спосіб. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

8.6.5. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні Страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитку, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

8.6.6. Забезпечити надання медичних послуг Застрахованим особам в обумовлений Договором страхування строк.

8.6.7. Контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги (послуг), що надається Застрахованій особі згідно з Договором страхування та програмою страхування.

8.6.8. За заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести зміни до Договору страхування або укласти з ним Договір страхування на нових умовах.

8.6.9. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законодавством України.

8.6.10. Виконувати умови Договору страхування.

8.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.



## **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ (ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ)**

9.1. При розладі здоров'я Застрахована особа не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту виникнення такого розладу здоров'я, якщо інший строк не визначено у Договорі страхування, зобов'язана звернутися за телефонами, вказаними у Договорі страхування (страховому полісі, сертифікаті), до лікаря-координатора Страховика (Асистуючої компанії) для отримання інформації щодо порядку отримання медичної допомоги (послуги) відповідно до умов Договору страхування. На підставі отриманих від Застрахованої особи даних, лікар – координатор Страховика (Асистуючої компанії) приймає рішення щодо організації медичної допомоги (послуг) та/або забезпечення медикаментами Застрахованої особи, залучає до роботи з надання та координації медичної допомоги (послуг) та/або пара медичних послуг Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює своєчасність, повноту, якість та адресність надання цієї допомоги (послуг).

9.2. Якщо у Застрахованої особи внаслідок погіршення стану здоров'я або з інших об'єктивних причин не було можливості повідомити Страховика (Асистуючу компанію) про страховий випадок, і без відома Страховика розпочато надання медичної допомоги (послуг), в тому числі невідкладної допомоги, Застрахована особа не пізніше 24 годин після стабілізації стану свого здоров'я, або представники Застрахованої особи – не пізніше 24 годин з моменту, коли було розпочато надання медичної допомоги (послуг) Застрахованій особі, зобов'язані повідомити Страховика або Асистуючу компанію про початок надання такої медичної допомоги (послуг).

Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про страховий випадок Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі таку невідкладну медичну допомогу.

9.3. Якщо мало місце звернення Застрахованої особи до медичної установи, яка не передбачена Договором страхування або програмою страхування, то Застрахованій або іншій особі необхідно не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин після настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити про це Страховика, або Асистуючу компанію для погодження зі Страховиком оплати медичної допомоги. При цьому страхова виплата здійснюється на основі документів, що підтверджують вартість медичних послуг та ліків, наданих медичними та аптечними закладами, в обсязі, що не перевищує вартість послуг у медичних закладах, передбачених Договором страхування та Програмою страхування Застрахованої особи.

9.4. Для отримання медичної допомоги (послуг) Застрахована особа повинна пред'явити медичному персоналу медичної установи оригінал Договору страхування (сервісну, страхову картку) та документ, що посвідчує її особу, а в окремих випадках – направлення, видане Страховиком або Асистуючою компанією. У випадку відсутності у Застрахованої особи вказаних документів, зазначені заклади мають право відмовити у наданні замовлених послуг.

9.5. При призначенні лікарем медикаментозного лікування Застрахована особа (її представник) отримує медикаменти в аптечних закладах, погоджених Страховиком (Асистуючою компанією), або за місцем призначення (офіс/місце проживання).

9.6. Протягом всього часу страхового супроводу Застрахована особа повинна дотримуватись рекомендацій Страховика або Асистуючої компанії, уповноваженої контролювати доцільність, обсяг, якість і своєчасність надання послуг в медичних закладах, аптечних закладах, як в межах, визначених програмами страхування, так і в інтересах повноцінного відновлення свого здоров'я.

9.7. Застрахована особа зобов'язана протягом усього часу страхового супроводу надавати Страховику всю необхідну інформацію та документи про страховий випадок, а також можливість проводити медичний огляд та не створювати перешкод у визначенні обставин, причин страхового випадку, вживати заходів щодо запобігання та зменшення

збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.8. Договором страхування можуть бути також передбачені інші дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

## **10. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

10.1. Виплата страхової суми (її частини) проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

10.2. Страховик складає страховий акт на підставі наданих Страхувальником/Застрахованою особою усіх належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, медикаментів, їх вартість, та інших документів, передбачених цими Загальними умовами і Договором страхування.

10.3. Страхувальник/Застрахована особа надає Страховикові для здійснення останнім страхової виплати наступні документи:

10.3.1. заяву про здійснення страхової виплати;

10.3.2. примірник Договору страхування (страхового полісу, сертифікату);

10.3.3. документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків;

10.3.4. копію паспорту та копію довідки про присвоєння Застрахованій особі реєстраційного номеру облікової картки платника податків;

10.3.5. у разі одержання страхової виплати довіреною особою – нотаріально посвідчену довіреність, видану Застрахованою особою на довірену особу, в якій зазначені повноваження на право отримання від Страховика страхової виплати, копію паспорту особи, яка одержує страхову виплату за довіреністю;

10.3.6. інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, придбаних медикаментів, та (або) необхідних для здійснення страхової виплати, на письмовий запит Страховика.

10.4. Вигодонабувач або спадкоємець Застрахованої особи надає:

10.4.1. копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

10.4.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу-одержувача страхової виплати (паспорт та копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків);

10.4.3. нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину, оформлену відповідно до законодавства України, із зазначенням ступеня споріднення спадкоємця (спадкоємців) – для спадкоємців.

10.5. Документи, що подаються для здійснення Страховиком страхової виплати, повинні бути достовірні, надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

10.6. Якщо це передбачено умовами Договору страхування, Страховик, враховуючи обставини конкретного страхового випадку, може зменшити перелік документів, необхідних для прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

10.7. У разі настання страхового випадку, Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги (послуги), вартості медикаментозного забезпечення у межах страхової суми або ліміту відповідальності, визначених Договором страхування. Страхові виплати можуть бути здійснені:

10.7.1. Застрахованій особі;

10.7.2. медичному закладу на підставі укладеного між Страховиком та медичним закладом

- договору, в порядку і строки, що обумовлені таким договором;
- 10.7.3. Асистуючій компанії на підставі документів про співробітництво;
- 10.7.4. Вигодонабувачу – у разі смерті Застрахованої особи, якщо Вигодонабувач призначений у Договорі страхування;
- 10.7.5. спадкоємцям Застрахованої особи на умовах, визначених законодавством України.
- 10.8. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену цим Договором страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.
- 10.9. У разі звернення Застрахованої особи в лікувальний заклад, з яким у Страховика або Асистуючої компанії немає договірних відносин, Страховик здійснює страхову виплату при умові попереднього погодження лікувального закладу Застрахованою особою зі Страховиком/Асистуючою компанією та у разі надання Страховику протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня одержання послуг, зазначених у програмі страхування, відповідних документів, передбачених цими Загальними умовами та Договором страхування.
- 10.10. При виникненні у Страховика обґрунтованих сумнівів щодо достовірності наданих відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяного збитку, а також якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди, Страховик має право призначити розслідування, надати доручення незалежній експертній організації про проведення експертної оцінки тощо, робити запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку.
- 10.11. Граничний строк отримання відповідей на запити Страховика від підприємств, установ, організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, або отримання результатів експертного висновку, не може перевищувати 6 (шість) місяців з дня направлення Страховиком відповідного запиту, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 10.12. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком належно оформлених всіх документів (або останнього з них, якщо документи надавалися частинами), необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків Страховик:
- 10.12.1. приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акту і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складання страхового акту здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування;
- 10.13. Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, якщо це передбачено Договором страхування:
- 10.13.1. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням суду у цивільній, господарській справі або за кримінальним провадженням, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку (шкоди) розглядається судом;
- 10.13.2. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;
- 10.13.3. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (одержувача страхового відшкодування) було розпочате кримінальне провадження.
- 10.14. Загальний обсяг виплат за Договором страхування не може перевищувати страхової суми, обумовленої в Договорі страхування.
- 10.15. При амбулаторному лікуванні Страховик оплачує вартість лікарських препаратів за

період, що не перевищує 1 (один) календарний місяць за кожним діагнозом відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ).

10.16. Після здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

10.17. Договір страхування продовжує свою дію протягом строку страхування в межах страхової суми, зменшеної на страхові виплати, що були здійснені Страховиком.

10.18. У разі якщо на момент страхового випадку страховий платіж за Договором страхування сплачений не в повному обсязі, то Договором страхування може бути передбачено:

10.18.1. виплата належної страхової виплати без врахування неповної сплати страхового платежу.

10.18.2. утримання невнесеної частини страхового платежу із суми страхової виплати.

10.18.3. виплата належної страхової виплати пропорційно сплаченому страховому платежу.

10.19. У разі самостійної оплати наданих медичних послуг Застрахована особа надає Страховикові у строк, встановлений у Договорі страхування, документи зазначені у п.12.2, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків.

10.20. Підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на підставі наступних документів:

10.20.1. копії медичної документації із медичного закладу (виписка з амбулаторної картки, виписка з історії хвороби, консультативний висновок тощо), які містять дату звернення Страхувальника/Застрахованої особи, діагноз або шифр по МКХ, а також перелік наданої медичної допомоги (послуг), оформлені належним чином відповідно до законодавства України;

10.20.2. копії рецептів, виписаних лікарем;

10.20.3. копії листка непрацездатності або відповідної довідки медичної установи, завіреної в установленому законодавством України порядку;

10.20.4. оригіналів фіскальних чеків (квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати медичних послуг (лікарських засобів), якщо оплата вартості таких послуг (лікарських засобів) здійснювалась Страхувальником / Застрахованою особою самостійно;

10.20.5. оригіналів товарних чеків на придбані лікарські засоби (у випадку, якщо в касовому чеку не зазначена назва придбаного медикаменту);

10.20.6. оригіналу акту наданих послуг (щодо наданих медичних послуг);

10.20.7. оригіналів рахунків-фактур за надані медичні послуги;

10.20.8. при лікуванні у приватного спеціаліста, фізичної особи-підприємця (за направленням лікаря-координатора та за умови узгодження зі Страховиком або Асистуючою компанією) – висновку лікаря (оформленого відповідно до вимог законодавства України), копій реєстраційних документів суб'єкта підприємницької діяльності: копії виписки із Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, копії ліцензії на здійснення медичної практики чи надання оздоровчих послуг, копії витягу з реєстру платників податків, тощо;

10.20.9. копії довідки про присвоєння Страхувальнику/Застрахованій особі реєстраційного номеру облікової картки платника податків;

10.20.10. копії документу, що посвідчує особу, з пред'явленням оригіналу такого документу для огляду.

10.21. У разі необхідності з'ясування обставин страхового випадку або у разі виникнення сумнівів щодо обставин страхового випадку, Страховик має право на одержання додаткових документів від Страхувальника (Застрахованої особи) або уповноважених органів.

10.22. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) з поважних причин не мав можливості

надати Страховику необхідні для страхової виплати документи протягом строку, встановленого Договором страхування, він повинен повідомити Страховика про причини ненадання або затримки надання документів у письмовій формі.

10.23. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, визначається у Договорі страхування з урахуванням вимог законодавства України.

10.24. Страховик може вимагати виправлення або надання інших, належним чином оформлених примірників документів, якщо подані документи про страховий випадок оформлені з порушенням установлених законодавством України вимог, та/або з яких неможливо вирішити питання про факт настання страхового випадку, та/або з яких неможливо встановити розмір страхової виплати тощо.

## **11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

11.1. Спори, пов'язані зі страхуванням, вирішуються в порядку, передбаченому законодавством України.

11.2. Спори, пов'язані з укладенням та виконанням Договору страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем) і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів.

11.3. При неможливості урегулювання спірних питань шляхом переговорів, спір вирішується у судовому порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

12.1. Внесення змін та доповнень до Договору страхування можливе лише за взаємною згодою Сторінта оформлюються Додатковими угодами до Договору, які є невід'ємною складовою частиною Договору страхування.

12.2. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

12.2.1. Закінчення строку дії Договору страхування. Договором страхування може бути передбачено, що його дія закінчується о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

12.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

12.2.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дати, наступної за датою, по яку була сплачена остання частина страхового платежу, зазначена у Договорі страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

12.2.4. Якщо Договір страхування укладено на декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи Договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

12.2.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи, чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

12.2.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

12.2.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

12.2.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

12.3. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою

Страховальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страховальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законодавством України.

12.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

12.4.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страховальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в розмірі до 50 %, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страховальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

12.4.2. У разі дострокового припинення Договору страхування, за вимогою Страховика, Страховальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в розмірі до 50 %, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

12.5. При достроковому припиненні Договору страхування повернення страхового платежу здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після дати дострокового припинення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.6. Остаточний розрахунок між Страховальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про здійснення страхової виплати, поданих Застрахованою особою (Вигодонабувачем), здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати.

12.7. При зміні умов Договору страхування, що зменшують обсяг відповідальності Страховика (припинення Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи, зменшення страхових сум), Страховальникові повертаються:

12.7.1. У випадку припинення Договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи – сплачений за останню страховий платіж пропорційно періоду, що залишився до закінчення Договору страхування, за винятком витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних виплат страхових сум, які були здійснені за Договором страхування;

12.7.2. У випадку зменшення обсягу відповідальності Страховика відносно конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності Застрахованих осіб – частина сплаченого за останню страхового платежу пропорційно періоду, що залишився до закінчення Договору страхування відповідно до страхових тарифів, за винятком витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних страхових виплат, які були здійснені за Договором страхування.

12.8. При зміні умов Договору страхування, що збільшують обсяг відповідальності Страховика (включення у Договір страхування додаткової особи, збільшення страхових сум), Страховикові сплачується:

12.8.1. У випадку включення до Договору страхування додаткової особи – страховий платіж за додатково застрахованих осіб із урахуванням коефіцієнтів для розрахунку страхового платежу та страхової суми, що передбачені цими Загальними умовами та діють у Страховика.

12.8.2. У випадку збільшення обсягу відповідальності Страховика відносно конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності – страховий платіж пропорційно періоду, що залишився до закінчення Договору страхування відповідно до страхових тарифів.

12.9. За згодою сторін у Договорі страхування можуть бути визначені конкретні умови повернення або сплати визначених пунктом 14.6 цих Загальних умов сум (зокрема, встановлення строків такої оплати, проведення взаємозаліку тощо).

12.10. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів у готівковій формі, якщо платіж було здійснено в безготівковій формі.

### **13. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

13.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору страхування без пояснення причин, крім:

13.2. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

13.3. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.

13.4. Про намір відмовитися від Договору страхування страхувальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.

13.5. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, в порядку та у строки, визначені Договором страхування.

13.6. Умови відмови від Договору страхування в будь-якому випадку регулюється чинним законодавством та можуть бути змінені в Договорі страхування у випадку внесення змін редакцію законодавства.

### **14. ОЦІНКА РИЗИКУ**

14.1. Приймаються до уваги наступні основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування.

- вік
- хронічні захворювання;
- встановлені діагнози
- заняття екстремальними видами спорту.

### **15. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

15.1. У разі настання випадку, що може бути визнаний страховим, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика доступним для Страхувальника способом, якщо інше не вказано в Договорі страхування:

по телефону: **044 585 94 01 (02)**

електронною поштою: [uaic@uaic.com.ua](mailto:uaic@uaic.com.ua)

за адресою: м. Київ, вул. Ярославська, 58 оф. 105

## 16. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Страхувальник підтверджує, що він ознайомлений та погоджується з усіма умовами Договору.

16.2. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами одна одній за Договором страхування повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись наданими належним чином, якщо вони будуть надані рекомендованим листом або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі.

16.3. Страхувальник, Страховик та Вигодонабувач, відповідно до норм чинного законодавства України (в тому числі Закону України «Про електронну комерцію»), має право підписати Договір страхування в електронній формі за допомогою електронно підпису або електронним підписом одноразовим ідентифікатором. Даний підпис матиме такі ж правові наслідки, що й підпис в письмовій формі.

16.4. Інформація, зазначена у ст.7. Законі України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», надана клієнту у повному обсязі, що підтверджується його підписом у Договорі.

16.5. Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. Підписанням Договору Страхувальник та/або особа, що підписує Договір від імені Страхувальника (надалі – «Представник») надає Страховику та Вигодонабувачу свою повну необмежену строком згоду на обробку його персональних даних\* будь-яким способом, передбаченим Законом України «Про захист персональних даних» (надалі - Закон), занесення їх до баз персональних даних Страховика та Вигодонабувача, передачу та/або надання доступу третім особам без отримання додаткової згоди Страхувальника/Представника. Обробка персональних даних здійснюється Страховиком та Вигодонабувачем з метою належного виконання умов Договору, розслідування, реалізації права вимоги Страховика чи Вигодонабувача до винної особи та провадження страхової діяльності відповідно до чинного законодавства України.

Підписанням Договору Страхувальник/Представник також надає свою згоду на пропонування йому послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення з ним прямих контактів та відправлення йому повідомлень будь-якими засобами зв'язку. Страхувальник/Представник повідомлений про його права згідно Закону та про включення його персональних даних до баз персональних даних Страховика та Вигодонабувача.

\* У розумінні Закону під персональними даними розуміється будь-яка інформація щодо Страхувальника/Представника, в тому числі, але не виключно, прізвище, ім'я, ім'я по-батькові, дата та місце народження, адреса, телефон, паспортні дані, ідентифікаційний номер, професія, а також інші відомості, надані при укладенні та виконанні Договору.

16.6. Страхувальник запевняє та гарантує що на момент підписання Договору, так і на майбутнє:

16.6.1. на Страхувальника не поширюється дія санкцій Ради безпеки ООН, Відділу контролю за іноземними акти вами Державного казначейства США, Департаменту торгівлі Бюро промисловості та безпеки США, Державного департаменту США, Європейського Союзу, України, Великобританії або будь-якої іншої держави чи організації, рішення та акти якої є юридично обов'язковими (надалі – «Санкції»); та

16.6.2. Страхувальник не співпрацює та не пов'язаний відносинами контролю з особами, на яких поширюється дія Санкцій;



16.6.3. Страхувальник здійснює свою господарську діяльність із дотриманням вимог Антикорупційного законодавства. Під Антикорупційним законодавством слід розуміти:

16.6.3.1. будь-який закон або інший нормативно-правовий акт, який вводить в дію або відповідно до якого застосовуються положення Конвенції по боротьбі з підкупом посадових осіб іноземних держав при здійсненні міжнародних ділових операцій Організації Економічного Співробітництва та Розвитку (OECD Convention on Combating Bribery of Foreign Public Officials in International Business Transactions); або

16.6.3.2. будь-які застосовані до Страхувальника положення Закону США про боротьбу з практикою корупції закордоном 1977р. зі змінами і доповненнями (the U.S. Foreign Corrupt Practices Act of 1977), Закону Великобританії про боротьбу з корупцією (U.K. Bribery Act 2010); або

16.6.3.3. будь-який аналогічний закон або інший нормативно-правовий акт юрисдикцій (країн), в яких Страхувальник зареєстрований або здійснює свою господарську діяльність або дія якого (або окремих його положень) розповсюджується на Страхувальника в інших випадках.

16.6.4. Страхувальник дотримується вимог Антикорупційного законодавства, що на нього поширюється, та впровадив відповідні заходи і процедури з метою дотримання Антикорупційного законодавства;

16.6.5. Страхувальник та всі його афілійовані особи, директори, посадові особи, співробітники або будь-які інші особи, що діють від імені Страхувальника, не здійснювали будь-яких пропозицій, не надавали повноважень та клопотань щодо надання або отримання неналежної/ неправомірної матеріальної вигоди або переваги у зв'язку з Договором, а так само не отримували їх, та не мають намір щодо здійснення будь-якої з вищевказаних дій у майбутньому, а також Страхувальник застосовував усі можливі розумні заходи щодо запобігання вчинення таких дій субпідрядниками, агентами, будь-якою іншою третьою особою, щодо якої вона має певної міри контроль;

16.6.6. Страхувальник не використовуватиме кошти та/або майно, отримані за Договором, з метою фінансування або підтримання будь-якої діяльності, що може порушити Антикорупційне законодавство (зокрема, але не обмежуючись, шляхом надання позики, здійснення внеску/вкладу або передачі коштів/майна у інший спосіб на користь своєї дочірньої компанії, афілійованої особи, спільного підприємства або іншої особи).

16.6.7. Страхувальник не проводить та не приймає участь у будь-яких відносинах, пов'язаних легалізацією (відмиванням) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванням тероризму.

16.6.8. У випадку порушення Страхувальником запевнень та гарантій, зазначених в цьому Розділі, Страхувальник зобов'язується відшкодувати Страховику усі збитки, спричинені таким порушенням.

16.6.9. У випадку накладення Санкцій на Страхувальника або співпраці Страхувальника з особою, на яку накладено Санкції, Страхувальник зобов'язується негайно повідомити про це Страховика, а також відшкодувати останньому усі збитки, спричинені у зв'язку з накладенням Санкцій або співпрацею з особою, на яку накладено Санкції.

16.6.10. У разі змін в ланцюгу власників (Вигодонабувачів) Страхувальника та/ або в керівних та виконавчих органах, Страхувальник зобов'язується надати відповідну інформацію Страховику протягом (5) п'яти робочих днів з дати внесення таких змін, якщо такі зміни суперечать запевненням та гарантіям і можуть привести до невиконання зобов'язань Страхувальника за вищевказаними пунктами.

16.6.11. Страховик має право в односторонньому порядку призупинити виконання обов'язків за Договором, шляхом направлення письмового повідомлення до Страхувальника за 30 (тридцять) календарних днів у випадку наявності обґрунтованих підстав вважати, що відбулося або відбудеться порушення будь-яких з вищевказаних в цьому розділі Договору запевнень та гарантій. При цьому Страховик, що обґрунтовано скористалася цим правом, звільняється від будь-якої відповідальності або обов'язку щодо



16.14. Ці Загальні умови страхового продукту починають свою дію з **01.07.2024 р.**

16.15. Строк дії цих Загальних умов страхового продукту – **безстроковий.**

16.16. Зміни до Загальних умов вносяться відповідно до вимог внутрішніх нормативних документів Страховика шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується Правлінням Страховика, якщо інше не передбачено у внутрішніх документах Страховика та зберігається таким же чином, як і нові Загальні умови страхового продукту:

16.16.1. із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту, попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію. Нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

16.16.2. договір страхування, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.