

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

«Онкозахист»

Ці Загальні умови страхового продукту «Онкозахист» затверджені ПрАТ «СК «ВУСО» Розпорядженням №01-06-24/2.5.2. від 04.11.2024 р., дата початку дії **05.11.2025 р.** (далі – Умови).

Ці Умови розроблені за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Медичне страхування”, та встановлюють порядок і особливості здійснення страхування, визначають особливості укладення договорів страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист».

Страховий продукт «Онкозахист» є стандартним страховим продуктом зі стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

Договір страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист» (далі – Договір), складається з публічної частини Договору, якою є ці Загальні умови страхового продукту, та індивідуальної частини Договору, якою є Поліс.

Ці Умови є пропозицією Страховика укласти договір страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист» шляхом приєднання, що адресується невизначеному колу фізичних осіб, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства.

Поліс медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист» (далі – Поліс) посвідчує укладення Договору на індивідуально визначених умовах, вказаних в Полісі, та містить конкретний обсяг страхового покриття за Договором, що укладається зі Страхувальником.

Полісом може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Умовами, про що зазначається в Полісі.

1. СТРАХОВИК: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ВУСО»

внесено до Державного реєстру фінансових установ розпорядженням Нацкомфінпослуг №1224 від 24.06.2004 року, Свідоцтво про реєстрацію: СТ № 142, Дата реєстрації: 21.08.2004 р.;

місцезнаходження м. Київ, вул. Казимира Малевича, 31;

код ЄДРПОУ 31650052;

контактні дані для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків:

телефон 0 800 303 911, e-mail vuso@vuso.ua; вебсайт <https://vuso.ua/>

2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ: АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

укладає Договір від імені та в інтересах Страховика на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг №002597-87-00-00 від 14.11.2017 року.

Страховий агент зареєстрований в Реєстрі страхових посередників НБУ за номером 00000431.

Вебсайт для перевірки інформації внесеної в Реєстр <https://kis.bank.gov.ua/search-fu>

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

Контактні дані: телефон 3700; вебсайт: <https://www.privatbank.ua/>

Інформація про страхового агента згідно вимог ст.88 Закону України "Про страхування" <https://static.privatbank.ua/files/0000003509931644.pdf>.

Зміна інформації про страхового агента здійснюється за вказаним посиланням. Зміна страхового агента (страхового посередника) не передбачена.

3. СТРАХУВАЛЬНИК

Страховальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування. Ідентифікаційні дані Страховальника зазначаються у п.3 Поліса.

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

4.1. Предметом Договору є передача Страховальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування (п.4.2 Договору), Страховику на умовах, визначених Договором.

4.2. Об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у п.5 Поліса (далі – Застрахована особа) та з яким пов'язані:

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

4.3. При укладенні договору страхування Страховальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страховальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страховальника (іншої особи, визначеної в Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страховальника (іншої особи, визначеної у Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

4.4. Вигодонабувачем за Договором є: Медичний заклад та/або Асистуюча компанія, що надає медичні послуги Застрахованій особі за направленням Страховика. Якщо Програмою страхування передбачена виплата Застрахованій особі – Вигодонабувачем є Застрахована особа (представник за законом або довіреністю, спадкоємець).

5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

5.1. Договір укладається його Сторонами про страхування третіх осіб, інформація про яких вказана в п.5 Поліса, за їх згодою. Інформація про Застрахованих осіб зазначається в п.5 Поліса у обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної Застрахованої особи.

5.2. Застрахованою особою за Договором є фізична особа, вказана у п.5 Поліса, та яка надала письмову або усну згоду на укладення Договору на її користь.

5.3. Застрахована особа може бути застрахована за Договором за умови попереднього підписання Страховальником Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, що є невід'ємною частиною Поліса.

5.4. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страховальника, передбачених Договором, окрім прав / обов'язків, які можуть належати Страховальнику / бути виконані виключно Страховальником. Обов'язок щодо сплати страхового платежу може бути покладено на Застраховану особу виключно за наявності її письмової згоди.

5.5. Підписанням Поліса в порядку, передбаченому умовами Розділу 15 Умов, Страховальник засвідчує, що повідомив Застрахованих осіб про укладення Договору на їх користь у спосіб, що надає можливість підтвердження факту здійснення такого повідомлення і Застраховані особи не заперечували щодо укладання Договору на їх користь.

5.6. Відсутність заперечень Застрахованої особи та набрання чинності Договору стосовно цієї особи підтверджує, що Застрахована особа ознайомлена з Договором та Загальними умовами страхового продукту (п.17.2. Умов), а також погоджується з наявністю у неї прав та обов'язків за Договором.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Страхувим ризиком за Договором є **критичне захворювання** Застрахованої особи, на яке вона захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування, з урахуванням періоду очікування (п.9.4. Умов), а саме: **захворювання на рак (злоякісне новоутворення)** згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (далі МКХ-10, а з 01.01.2027 – МКХ-11) (будь-яке злоякісне новоутворення, яке характеризується атиповим ростом клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу, та яке не є винятком зі страхових випадків), що підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або, в разі системних ракових захворювань, цитологічними дослідженнями відповідно до протоколів лікування. 6.1.1. Якщо Застрахованою особою є особа віком від 1 до 18 років (включно), то страхове покриття для лікування **лімфоми** (злоякісного захворювання лімфатичної системи) **або лейкомії** (злоякісного захворювання клітин крові) включає витрати на застосування **трансплантації кісткового мозку** на умовах, з урахуванням лімітів та у випадках, визначених Договором та Програмою страхового продукту.

6.2. Страхувим випадком за Договором є документально підтверджена необхідність організації та оплати медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, Застрахованій особі протягом строку дії Договору з урахуванням періоду очікування (п. 9.4. Умов) з приводу настання страхового ризику (п. 6.1. Умов), внаслідок чого у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату шляхом оплатити витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, або шляхом здійснення фіксованої грошової виплати відповідно до Договору та обраної Програми страхового продукту.

6.2.1. Опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком при настанні страхового випадку за обраною для Застрахованої особи Програмою страхового продукту (п.7.1. Поліса) наведено в Додатку №1 до Умов.

6.2.2. У разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються асистуючі послуги (допомога /послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком та/або Асистуючою компанією та можуть включати координацію дій Застрахованої особи та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги/послуг, а також виконання Страховиком та/або Асистуючою компанією інших дій, спрямованих на врегулювання страхового випадку.

7. СТРАХОВА СУМА ТА/АБО ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА

7.1. **Розмір загальної страхової суми за Договором** зазначається у п.7.2. Поліса. Страхова сума залежить від обраної Страхувальником при укладенні Договору Програми страхового продукту, а саме:

Вік Застрахованої особи	Страхова сума та ліміти страхової виплати за Програмою, грн	
	«Стандарт»	«Еліт»
від 1 до 18 років (включно)	10 000 000 грн	12 000 000 грн
в т.ч. ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкомії (злоякісного захворювання клітин крові)	8 000 000 грн	в межах страхової суми 12 000 000 грн
в т.ч. ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ	2 000 000 грн	
від 19 до 69 років (включно)	2 000 000 грн	12 000 000 грн

7.2. Страхова сума за Договором є зменшуваною (агрегатною) страховою сумою. У разі настання страхового випадку протягом строку дії Договору агрегатна страхова сума розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, якщо він стався в період дії Договору незалежно від дати його визнання. При цьому, якщо страхова сума буде використана повністю до завершення 365 днів з дати визнання випадку страховим, то відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за Договором припиняється, а зобов'язання Страховика щодо Застрахованої особи за Договором вважаються виконаними.

7.3. **Вид та розмір франшизи:** франшиза за Договором не застосовується.

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

8.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та вказується в п.8.1. Полісу.

8.2. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи*	Річний страховий тариф за Програмою, %	
	«Стандарт»	«Еліт»
від 1 до 18 повних років (включно)	0,01068%	0,0189%
від 19 до 30 повних років (включно)	0,06%	0,021%
від 31 до 40 повних років (включно)	0,09%	0,03%
від 41 до 50 повних років (включно)	0,18%	0,06%
від 51 до 60 повних років (включно)	0,45%	0,15%
від 61 до 69 повних років (включно)	0,84%	0,25%

* Вік Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладення / річної лонгації Договору.

8.3. У разі досягнення протягом строку дії Договору Застрахованою особою віку, за яким згідно з п. 8.2. Умов передбачено більший страховий тариф, ніж страховий тариф за віком на дату укладання Договору, то Договір продовжує діяти на визначених ним умовах до закінчення річного страхового періоду за Договором. Після припинення дії Договору Страхувальник має право укласти новий договір страхування із встановленням страхового тарифу та страхового платежу відповідно до своєї вікової категорії.

8.3.1. Якщо укладення нового договору у зв'язку зі зміною вікової категорії Застрахованої особи відбулося не пізніше 30 днів з дати завершення попереднього Договору, то страхове покриття за новим Договором діє без застосування періоду очікування, передбаченого п.9.4. Умов.

8.3.2. Якщо при лонгації Договору на наступний річний страховий період з одночасною зміною вікової категорії Страхувальник самостійно не здійснив перехід на іншу вікову категорію – Договір страхування припиняє свою дію з дня, наступного за датою закінчення річного періоду страхування, в якому відбулася зміна вікової категорії.

8.4. Загальний страховий платіж за Договором зазначається у п.8.2. Поліса.

8.5. Розмір загального страхового платежу за Договором та страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий платіж за Програмою, грн			
	«Стандарт»		«Еліт»	
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік
від 1 до 18 повних років (включно)	89 грн	1 068 грн	189 грн	2 268 грн
від 19 до 30 повних років (включно)	100 грн	1 200 грн	210 грн	2 520 грн
від 31 до 40 повних років (включно)	150 грн	1 800 грн	300 грн	3 600 грн
від 41 до 50 повних років (включно)	300 грн	3 600 грн	600 грн	7 200 грн
від 51 до 60 повних років (включно)	750 грн	9 000 грн	1 500 грн	18 000 грн
від 61 до 69 повних років (включно)	1 400 грн	16 800 грн	2 500 грн	30 000 грн

8.6. Відомості для сплати страхового платежу за Договором:

UA383052990000026505016800792 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 31650052.

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

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

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

8.6.4. З урахуванням порядку набрання чинності Договором згідно з Розділом 9 Полісу, строк сплати страхового платежу, зазначеного в п.8.4. Полісу, визначається за фактичною датою сплати Страхувальником першого (або річного) страхового платежу на рахунок Страховика. У разі встановлення щомісячного платежу дата сплати зазначається в п.8.6.3. Полісу.

Дата сплати страхового платежу може бути змінена Страхувальником в межах періоду страхування шляхом зміни дати регулярного платежу згідно з умовами/договорами банківського обслуговування, що не призводить до зміни дати закінчення періоду страхування та строку дії Договору в цілому.

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

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

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

9.1. Строк дії Договору вказаний в п.9 Поліса.

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

9.1.2. Договір діє до 24:00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у п.9.1. Поліса як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору, з урахуванням умов Договору щодо дії страхового захисту.

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

9.2.1. Період страхування (з урахуванням п.9.2.3. Умов) починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, зазначеного в п.9.1. Поліса як дата початку строку дії Договору та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування, встановленого в Полісі.

9.2.2. Якщо Полісом передбачено більше одного періоду страхування, то кожен наступний період страхування (з урахуванням п.9.2.3. Умов) починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування. Дата закінчення останнього періоду страхування відповідає даті закінчення дії Договору.

9.2.3. Страховий захист діє виключно в оплаченому періоді страхування. При щомісячній сплаті страхових платежів Сторони узгодили, що страховий захист діє протягом пільгового терміну для сплати страхового платежу, який становить 30 (тридцять) днів з дати закінчення оплаченого періоду страхування, за умови, що Страхувальник протягом такого пільгового терміну сплатив черговий страховий платіж. У разі сплати простроченого страхового платежу протягом пільгового терміну на вказаних в цьому пункті умовах період очікування страхового випадку (п.9.4. Умов) не застосовується.

У випадку сплати страхового платежу з 31 дня до 90 дня прострочення страхового платежу застосовується період очікування згідно з п.9.4 Умов.

9.2.4. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування (з урахуванням пільгового терміну для сплати страхового платежу згідно з п.9.2.3. Умов), страховий захист за Договором в такому періоді страхування не діє, страхова виплата за подіями, що стались в неоплачений період страхування з 31 дня до 90 днів прострочення страхового платежу, не здійснюються Страховиком. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист поновлюється з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченого страхового платежу на рахунок Страховика та діє до закінчення такого періоду страхування (кінцева дата кожного періоду страхування при цьому не змінюється).

9.2.5. Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на поточний рахунок Страховика **протягом 90 (дев'яноста) днів поспіль**.

9.2.6. Якщо страховий платіж надійшов у періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування.

9.3. Дія Договору продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору та на умовах, визначених Полісом та Умовами, – у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування (з урахуванням зміни тарифу при переході Застрахованої особи в іншу вікову групу згідно з умовами 8.2., 8.3. Умов), якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити. Договір не може бути продовжений (лонгований) у випадках, передбачених пп.9.3.1. – 9.3.3. Умов.

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

9.3.2. У разі настання страхового випадку за Договором, строк дії Договору не продовжується (не лонгується) на наступний річний період, а діагностика та/або лікування, передбачені Програмою страхового продукту за Договором, оплачуються Страховиком протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, навіть якщо термін дії Договору, в якому настав страховий випадок, закінчився.

9.3.3. У разі досягнення Застрахованою особою віку 70 повних років Договір продовжує діяти на визначених Договором умовах до закінчення річного періоду страхування за Договором, а в подальшому не може бути продовжений (лонгований) на новий строк.

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

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

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

9.4. Період очікування страхового випадку	90 (дев'яносто) днів від дати набрання чинності Договором або дати відновлення страхового захисту
--	--

9.4.1. За Договором встановлюється **період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати набрання чинності Договором страхування (або дати відновлення страхового захисту згідно з п.9.2.4. Умов після сплати простроченого страхового платежу), протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Період очікування не застосовується у випадку сплати простроченого страхового платежу протягом пільгового терміну для сплати страхового платежу відповідно до п.9.2.3. Умов.

9.4.2. Подія з ознаками страхового випадку, що настала в період очікування, не є страховим випадком та, відповідно, Страховик відмовляє у страховій виплаті за такою подією. Тобто, якщо протягом періоду очікування було діагностовано або зафіксовано в медичних документах перші симптоми настання захворювання та/або стану, що потребує лікування, а саме злоякісного новоутворення згідно з п.6.1. Умов, в тому числі встановлено необхідність трансплантації кісткового мозку – такі події не будуть підставою для отримання будь-яких страхових виплат за Договором.

9.4.3. Період очікування не застосовується при продовженні (лонгації) строку дії Договору, а також при переоформленні Договору щодо Застрахованої особи за умови безперервного страхування (відсутності неоплаченого періоду страхування між датою завершення попереднього договору страхування та датою початку нового договору страхування).

10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Територія надання послуг Застрахованій особі, передбачених Договором, у разі настання страхового випадку – Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, території активних бойових дій, на яких ведуться воєнні (бойові) дії, та тимчасово окуповані території), а у випадках та за умовами, передбаченими Програмою страхового продукту – за кордоном (згідно з Таблицею 1 Додатку №1 до Умов).

11. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. У випадку встановлення попередньо діагнозу, визначеного п.6.1. Умов, Застрахована особа / її законний представник невідкладно (**протягом 5 днів, але в будь-якому разі до початку проведення лікування**) зобов'язана повідомити Страховика за телефоном **0 800 303 911** (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, умови та обставини страхового випадку, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Договору (Поліса) та іншу інформацію на прохання Страховика / представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика.

11.2. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє їй це зробити самостійно. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.

11.3. Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією Страховика щодо подальших дій Застрахованої особи.

11.4. **Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів**, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, Застрахована особа або її законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи відповідно до п.11.8. Умов. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Застрахованої особи або особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати.

11.5. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за Договором не може перевищувати страхової суми / ліміту, вказаних в обраній Програмі страхового продукту, протягом одного річного терміну дії страхового покриття за Договором, з урахуванням пп. 9.3.2., 7.2. Умов.

11.6. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором та обраною Програмою страхового продукту, за направленням Страховика/Асистуючої компанії. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика/Асистуючої компанії. Вибір Медичного закладу за конкретною подією, що має ознаки страхового випадку, здійснюється Страховиком/Асистуючою компанією з урахуванням особливостей діагнозу та методу лікування.

Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою/її законним представником в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та Асистуючою компанією, не відшкодовуються Страховиком.

11.7. Врегулювання страхового випадку здійснюється шляхом організації медичної допомоги / послуг Страховиком / Асистуючою компанією в Медичних закладах зі здійсненням страхової виплати напряму в Медичні заклади, що надають Застрахованій особі медичну допомогу відповідно до обраної за Договором Програми страхового продукту, з урахуванням інших положень цих Умов.

Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою / її законним представником, якщо вони не були погоджені та не були організовані Страховиком / Асистуючою компанією, не відшкодовуються Страховиком.

11.8. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається договорами, укладеними Страховиком з Медичними закладами / Асистуючою компанією. При цьому збір документів покладається на Страховика.

11.9. У разі необхідності здійснення фіксованої разової виплати за Програмою страхового продукту "Стандарт" – у випадку, коли лікування дорослої Застрахованої особи (19-69 років) неможливо провести в Україні – Страховик приймає рішення за такою Програмою на підставі та після отримання розгорнутого аргументованого висновку Асистуючої компанії щодо наявності обставин, визначених п.11.10. Умов.

11.10. Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов:

- якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;
- лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;
- у разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів) це становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
- якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору.

11.11. Форма, спосіб та порядок подання переліку документів визначається договорами, укладеними Страховиком з Медичними закладами / міжнародною Асистуючою компанією.

11.12. Строк прийняття Страховиком рішення про страхову виплату або відмову в страховій виплаті за випадком становить **10 (десять) робочих днів** з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Договором. Протягом вказаного строку:

11.12.1. Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим та, відповідно, про страхову виплату, у зв'язку з чим **Асистуюча компанія протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів** з дня прийняття Страховиком зазначеного рішення:

- організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами Програми страхового продукту та Умовами, та повідомляє Застрахованій особі / її законному представнику про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування, або
- надає Застрахованій особі / її законному представнику список рекомендованих Медичних закладів в Україні чи за кордоном (відповідно до території надання послуг, передбаченої обраною Програмою страхового продукту за Договором);

11.12.1.1. Після отримання підтвердження від Застрахованої особи / її законного представника щодо обраного нею Медичного закладу, Страховик / Асистуюча компанія здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та супроводжуючої особи, в тому числі донора (для страхового покриття з трансплантації кісткового мозку у випадках, передбачених відповідною Програмою страхування) в обраний Медичний заклад, після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування / лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

11.12.1.2. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі / її представнику, а понесені витрати, передбачені умовами Договору та відповідної Програми страхового продукту, покриваються шляхом перерахування коштів Асистуючою компанією / Страховиком безпосередньо спеціалізованій установі (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном - особі, яка за погодженням зі Страховиком фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням) за послуги, надані Застрахованій особі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання Страховиком рахунків чи інших необхідних платіжно-розрахункових документів, що підтверджують фактично понесені витрати, в тому числі документів про авансові платежі. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі страхового акту, що складається Страховиком у вказаний строк.

11.12.2. Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим та, відповідно, про страхову виплату Застрахованій особі / її законному представнику – у випадку здійснення фіксованої разової виплати згідно з п.11.9. Умов та відповідно до Програми страхового продукту “Стандарт” (якщо така передбачена п.7.1. Поліса) та здійснює таку страхову виплату не пізніше 10 (десяти) робочих днів прийняття рішення про страхову виплату. Така страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (її представникам, спадкоємцям Застрахованої особи) на один з його рахунків, відкритих в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», на будь-який інший, зазначений у заяві про страхову виплату. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі страхового акту, що складається Страховиком у вказаний строк.

11.12.3. Страховик приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє з обґрунтуванням підстави відмови Застраховану особу (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

11.13. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця періоду страхування, за який сплачений страховий платіж, а страхова сума зменшується на виплачену суму. При цьому діагностика та/або лікування, передбачені Програмою страхового продукту за Договором, оплачуються Страховиком протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, навіть якщо термін дії Договору, в якому настав страховий випадок, закінчився. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія Договору припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

11.14. Договір страхування у відношенні до конкретної Застрахованої особи діє із застосуванням положень пункту 11.13. Умов.

11.15. Якщо Договором передбачено сплату страхового платежу щомісячно, то при настанні страхового випадку із суми страхової виплати Страховик має право утримати суму страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору, зазначеного у Полісі. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

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

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

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) 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 зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

12.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвів до настання страхового випадку.

12.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет / об'єкт Договору або про факт та обставини настання страхового випадку (в тому числі, але не виключно, у Декларації, що є невід'ємною частиною Поліса).

12.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені Договором, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

12.1.5. Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені цими Умовами; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цієї Умов.

12.1.6. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження, призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін.

12.1.7. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору;

12.1.8. У разі недопущення Застрахованою особою та її родичами лікарів – представників Асистуючої компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика – до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати на підставі п.12.1.4 Умов.

12.1.9. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгового терміну згідно з п.9.2.3. Умов) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору;

12.1.10. Випадок не є страховим або є виключенням зі страхових випадків відповідно до умов Договору;

12.1.11. за наявності обставин, передбачених ст.104 Закону України "Про страхування" (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Розділом 9 Умов).

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

12.2.1. Захворювання та/або медичні стани, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, що не визначені в п.6 Умов та не покриваються згідно з Умовами та обраною Програмою страхового продукту;

12.2.2. медичні та інші послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, якщо вони були надані Застрахованій особі після закінчення строку дії або розірвання Договору, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору;

12.2.3. послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних закладах;

- 12.2.4. необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту;
- 12.2.5. психохірургія;
- 12.2.6. лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;
- 12.2.7. лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;
- 12.2.8. будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами обраної Програми страхового продукту;
- 12.2.9. медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бariatричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках обраної Програми страхового продукту та відповідно до умов Договору;
- 12.2.10. послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);
- 12.2.11. послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку.
- 12.2.12. якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи;
- 12.2.13. якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку).
- 12.2.14. якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки;
- 12.2.15. якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку;
- 12.2.16. будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років.
- 12.3. Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги:
- 12.3.1. з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраної Програми страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору;
- 12.3.2. послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором, в тому числі у разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених обраною Програмою страхового продукту за Договором;
- 12.3.3. послуги, які не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування з приводу захворювання;
- 12.3.4. захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);
- 12.3.5. подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
- 12.3.6. подія яка має ознаки страхового випадку, але настала в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами;
- 12.3.7. подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;
- 12.3.8. послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту;
- 12.3.9. подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії Договору

страхування, якщо лікування, передбачене відповідною Програмою страхового продукту, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення Договору;

12.3.10. отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені умовами Договору та/або обраної Програми страхового продукту або вибір яких не був узгоджений із Страховиком.

12.3.11. у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду;

12.3.12. діагностики та/або лікування, які надаються після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим.

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

12.4.1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;

12.4.2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;

12.4.3. Захворювання шкіри наступних типів:

- Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;

- Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;

12.4.4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);

12.4.5. Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;

12.4.6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).

12.5. Не може бути Застрахованою особою, яка:

12.5.1. визнана у встановленому законодавством України порядку недієздатною;

12.5.2. молодше 1 року на дату укладання Договору страхування;

12.5.3. віком 70 років та більше на дату укладення Договору страхування /продовження дії Договору на наступний рік, з урахуванням п.9.3.3 Умов;

12.5.4. наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням;

12.5.5. вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) в тиждень;

12.5.6. викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину.

12.5.7. піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах);

12.5.8. страждає в даний час / страждала та/або було діагностовано протягом останніх 10 років:

12.5.8.1. онкологічні захворювання, в тому числі, але не обмежуючись злоякісним новоутвореннями шкіри, доброякісними або злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози (в тому числі вузли), доброякісними або злоякісним новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланомою in situ, раком крові/лейкемію;

12.5.8.2. передракові стани, включаючи, але не обмежуючись дисплазією шийки матки (CIN I–III), стравоходом Барретта, поліпами товстої або прямої кишки, хворобою Боуена, лейкоплакією, аденомою передміхурової залози з високим ризиком малігнізації, атрофічним гастритом та/або виразкою шлунку, асоційованими з *Helicobacter pylori*, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія);

12.5.9. проходила обстеження та діагностику, за результатами яких у неї було діагностовано вірус папіломи людини високоонкогенного ризику (тип 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 та 68), вірус Епштейна-Барра;

12.5.10. страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хвороба Крона;

12.5.11. піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку;

12.5.12. хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);

12.5.13. перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІД;

12.5.14. є онкологічно хворою;

12.5.15. має будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичні онкологічні висновки (аномальний тест РАР або СІН тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування);

12.5.16. на дату укладання Договору проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з захворювань або станів, вказаних в п. 6.3.1.4. – 6.3.1.15. Полісу, або очікує результати діагностики.

12.6. Договір страхування не може бути укладений з:

12.6.1. юридичною особою;

12.6.2. фізичною особою, що не є власником карткового рахунку або іншого рахунку, відкритого в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», або має обмеження на обслуговування в АТ КБ «ПРИВАТБАНК».

12.7. За наявності обставин, що унеможливають укладення Договору згідно з пп.12.5., 12.6. Умов та / або якщо твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником при укладенні Договору, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я, то Договір вважається таким, що не набув чинності, та у Страховика не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

Якщо після укладення Договору страхування Страховиком буде встановлено, що Страхувальник/Застрахована особа не повідомили Страховика про наявність обставин, що унеможливають укладення Договору згідно з пп.12.5., 12.6. Умов та/або про те, що твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я, або повідомили про Застраховану особу неправдиві відомості, а також у випадку виявлення невідповідності особистих даних та даних Застрахованої особи, зазначених в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, реальним даним, незалежно від того, здійснено це навмисно або з необережності, або не знаючи про це, Сторони дійшли згоди про те, що Договір страхування вважається припиненим з дати укладання, сплачені страхові премії повертаються за письмовою вимогою Страхувальника у фактично сплаченому розмірі. При цьому, у Страховика не виникає будь-яких зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за будь-якими подіями з ознаками страхового випадку.

У разі виникнення стосовно Застрахованої особи під час дії Договору обставин, передбачених п.12.5. Умов (крім пп.12.5.8., 12.5.14., 12.5.15. Умов), Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати після втрати чинності Договором не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі щодо Застрахованої особи за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний за таким період страхування обставина та за кожний наступний за таким період страхування у випадку їх оплати Страхувальником.

12.8. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається пп.11.12, 11.12.3. Умов. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п.11.12.3. Умов, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства України має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

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

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

13.1. Страховик зобов'язаний:

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

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

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

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

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

13.2. Страховик має право:

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

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

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

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

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

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

13.2.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 3 (три) місяців.

13.2.8. Відкласти здійснення страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або прийняття рішення суду.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

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

13.3.2. При укладенні Договору надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо Застрахованих осіб, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до пункту 12.6. Умов, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

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

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

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

13.3.6. Повідомити Застраховану особу за Договором про укладений на її користь Договір страхування та про право Застрахованої особи протягом 30 (тридцяти) календарних днів повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору. У випадку наявності заперечень, Застрахована особа має повідомити їх Страхувальнику, який зобов'язаний ініціювати припинення дії Договору у відношенні такої Застрахованої особи.

Якщо Застрахована особа не є Страхувальником або не входить до переліку осіб, за яких Страхувальник має право підписати Декларацію згідно з п.6 Декларації (п.12.13. Поліса), та твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо стану здоров'я Застрахованої особи, то Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страховика протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення цього Договору.

13.3.7. У випадках, передбачених цими Умовами – надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Умов.

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

13.3.9. Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати.

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

13.3.11. Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку (в тому числі при укладенні Договору надати Страховику згоду на отримання персональних/медичних даних Застрахованої особи, в тому числі тих, що становлять лікарську таємницю).

13.3.12. У випадку, передбаченому п. 8.2., 8.3. Умов, Страхувальник повинен самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення нового договору страхування відповідно до п. 8.3. Умов на WEB-сторінці Страхового агента за адресою <https://www.pb.ua> або у персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/> або в ІТС.

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. Достроково припинити дію Договору.

13.4.2. Укладати зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

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

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

13.4.5. Отримати дублікат договору, у випадку його втрати в період дії Договору на підставі письмової заяви про видачу дубліката.

13.4.6. У разі досягнення протягом строку дії Договору страхування Застрахованою особою віку, за яким згідно з п. 8.2. Умов передбачено більший страховий тариф, ніж страховий тариф за віком на дату

укладання Договору, укласти новий договір страхування згідно з п.8.3. Умов із встановленням страхового тарифу та страхового платежу відповідно до своєї вікової категорії.

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

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

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

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

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

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

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном **0 800 50 37 73** (цілодобово) чи письмовим на електронну пошту: **vuso@vuso.ua** або засобами поштового зв'язку на адресу **03039, м. Київ, вул. Голосіївська, 17**. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

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

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

15.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента шляхом

приєднання та складається з публічної частини договору (Умов) та індивідуальної частини договору (Поліса), підписанням якого клієнт (Страховальник) приєднується до Договору в цілому.

15.1.1. Страховальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або Страхового агента про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору.

15.1.2. Перелік інформації, яку Страховальник зобов'язаний повідомити Страховику (Страховому агенту) перед укладенням Договору та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхового платежу за Договором:

- прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові Застрахованої особи;
- місце проживання / перебування Застрахованої особи;
- дата народження Застрахованої особи;
- реєстраційний номер облікової картки платника податків;
- номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування;
- відсутність у Застрахованої особи обставин, станів та хвороб, при яких така особа не може бути застрахована відповідно до цих Умов. Відсутність зазначених обставин, станів та хвороб підтверджується Страховальником шляхом підписання Поліса та Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи (Медичної декларації), що є невід'ємною частиною Поліса;
- інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- інформацію про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

15.1.3. Страховий інтерес визначається потребою Страховальника (Застрахованої особи) у страхуванні ризиків, передбачених Договором, що підтверджується укладенням Страховальником Договору згідно з цими Умовами на свою користь або на користь Застрахованої особи.

15.1.4. Надання вказаної в п.15.1.2. інформації здійснюється Страховальником Страховику шляхом заповнення відповідних даних в ІТС Страховика / Страхового агента або усно представнику Страховика / Страхового агента, за участю якого укладається Договір.

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

15.2.1. Укладення Договору здійснюється шляхом прийняття Клієнтом до Умов, що є публічною частиною Договору, на індивідуально визначених умовах, встановлених Полісом. Актуальна редакція Умов на дату укладання Полісу доступна на вебсайті Страховика <https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst>. Умови є загальними для всіх споживачів.

15.3. Безумовним прийняттям пропозиції Страховика укласти Договір на цих Умовах вважається здійснення Страховальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Поліса (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОТР-пароль, Одноразовий ідентифікатор, Цифровий власноручний підпис, QR-код, ПІН-код, підпис в IVR, біометричні дані Клієнта (голосовий зліпок, відбиток пальця, Face ID), кнопки "Підпис", "Підписав", "Підтверджую", "Ознайомився", "Сплатити",

“Оплатити” тощо в ІТС Страхового агента (програмних комплексах, мобільних додатках або на офіційних сайтах у мережі Інтернет)) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» та згідно з договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страхувальником та Страховим агентом, який діє від імені Страховика.

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

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

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

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

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

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

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

15.6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Поліса Клієнту.

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

15.8. Факт укладення Договору посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору (заповнення форми, надання відомостей в ІТС Страховика / Страхового агента). Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страхового агента шляхом розміщення Поліса для завантаження в Приват24 (доступний для завантаження у персональному кабінеті в Приват24). Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового

ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Поліса та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Страхового агента) в електронній базі Страховика (Страхового агента).

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

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

15.11. Повний текст публічної частини Договору (Умов) оприлюднюються Страховиком та є доступними для ознайомлення клієнтів (Страхувальників) на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst>, включаючи його мобільну версію. Усі редакції публічної частини Договору (Умов) зберігаються на веб-сайті Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених чинним законодавством України. Публічна частина Договору (Умови) надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst>.

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

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

- електронним підписом Страхувальника з урахуванням вимог законодавства України та цих Умов;
- кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

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

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

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

15.16. Сторони погодили такі особливості здійснення документообігу при врегулюванні подій, що мають ознаки страхового випадку за Договором:

15.16.1. Заява про страхову виплату, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, які мають надаватися Сторонами та Вигодонабувачем на виконання умов Договору, можуть подаватися за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента, за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Полісі та/або в заяві про страхову виплату;

15.16.2. Скановані / сфотографовані документи, подані за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента та контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Полісі, та/або в заяві про страхову виплату, прирівнюються Сторонами до письмової форми з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством України та Договором; при цьому Сторони та Вигодонабувач гарантують, що надані у

такий спосіб документи є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа;

15.16.3. Страхувальник / Вигодонабувач зобов'язані протягом 5 (п'яти) років зберігати оригінали документів, подані ним для отримання страхової виплати за правилами п.15.16. Умов та на вимогу Страховика надати для ознайомлення та огляду оригінали документів протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання відповідного запиту від Страховика; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник/Вигодонабувач зобов'язані повернути Страховику здійснену останнім страхову виплату;

15.16.4. Підписанням Договору Сторони підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору та відображених у реквізитах Сторін в Полісі;

15.16.5. Кожна зі Сторін (Вигодонабувач) самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною (Вигодонабувачем) інформації про контактні дані та несвоєчасного (пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну контактних даних.

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

16.1. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору. Зміни до Договору вносяться та надаються Страхувальнику у тій же самій формі та порядку, що і Договір, до якого вносяться зміни.

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

16.2. Підставами припинення дії Договору є:

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

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

- закінчення строку дії Договору. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- несплати, згідно з Полісом, чергового страхового платежу за укладеним Договором **протягом 90 днів поспіль**. При цьому раніше сплачені страхові платежі не повертаються Страхувальнику;
- смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства України, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору (п.17.5. Умов), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством України та нормативними документами Національного банку України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством України та відповідним рішенням суду;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

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

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

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

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

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

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

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

17. ІНШІ УМОВИ

17.1. **Страховання здійснюється на підставі ліцензії** Національного банку України на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) від 23.04.2024 (діє безстроково), за класом страхування 2 "Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", ризик в межах класу страхування "Медичне страхування".

Актуальність відомостей щодо ліцензії **ПрАТ "СК "ВУСО"** та дані про внесення до **Державного реєстру фінансових установ** можуть бути перевірені за ідентифікаційним номером Страховика на сайті державного органу, який здійснює регулювання страхового ринку - Національного банку України за посиланням: <https://kis.bank.gov.ua/>, де розміщена інформація про небанківські фінансові установи.

17.2. Повний текст Загальних умов страхового продукту розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням <https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst>.

Підписуючи Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані особи ознайомлені з вказаними Умовами.

17.3. Терміни в Договорі вживаються в таких значеннях:

Асистуюча компанія – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) у разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Дані послуги за Договором надає міжнародна група компаній **Madanes Advanced Healthcare Services Ltd.**, зареєстрований офіс якої розташований за адресою: Ізраїль, Тель-Авів 67060, вул. Хашлоша д.2, номер компанії 515078145, яка здійснює всі заходи з організації медичних послуг Застрахованим особам передбачених Програмою страхового продукту;

Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи (Декларація, Медична декларація) – заява-анкета Страхувальника про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи. Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи подається обов'язково при укладенні Договору страхування та підписується Страхувальником, і є невід'ємною частиною Договору страхування (Поліса);

Експериментальні методи лікування – лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань;

Захворювання – патологічні зміни організму людини (погіршення стану здоров'я), що проявляється порушеннями його будови, обміну речовин та/або функціонування. За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання. Окремою групою захворювань в Договорі виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом строку чинності Договору страхування;

Імплантат – будь-який штучний або природний орган або частина природного органу або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого в тіло Застрахованої особи за допомогою операції, яку охоплює Договір Страхування, за винятком: вставного зуба, зубного імплантату;

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

Лікарські засоби – будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта. Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату;

Лікар-фахівець – фахівець з закінченою вищою медичною освітою, практикуючий лікар відповідно до встановлених медичних стандартів і вимог чинного законодавства України, який здійснює практику в профільному медичному закладі, має відповідну кваліфікацію в галузі медицини, та відповідно до якої має право винести висновок про стан здоров'я Застрахованої особи;

Медичний заклад – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком або Асистуючою компанією, визначений згідно з Договором. До Медичних закладів належать заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи,

основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування шляхом надання медичних послуг відповідного профілю. До Медичних закладів за Договором прирівнюються також Асистуюча компанія, що не є структурним підрозділом Страховика, з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. Медичні послуги згідно з умовами Програми страхового продукту надаються в медичному закладі, погодженому Сторонами, із переліку, запропонованому Асистуючою компанією (в тому числі на території іншої країни);

Програма страхового продукту (Програма) – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначенням переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхового платежу або страхового тарифу, видом та розміром франшизи. Перелік видів Програм страхового продукту за Договором наведено в Додатку №1. Обрана Страхувальником при укладенні Договору Програма страхового продукту для конкретної Застрахованої особи вказується в п.7.1. Поліса;

Протокол лікування – клінічний протокол/стандарти лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України, а у разі проведення лікування Застрахованої особи за кордоном у випадках, передбачених Договором – клінічні протоколи/стандарти лікування, затверджені та/або рекомендовані до використання уповноваженим органом на території країни проведення такого лікування;

Рак «in situ» - неінвазивний рак, злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини;

Репатріація – повернення тіла Застрахованої особи до країни проживання, у випадку, якщо Застрахована особа помирає протягом курсу лікування. Репатріація здійснюється Асистуючою компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування та на умовах, визначених Програмою страхового продукту;

Супроводжуюча особа – особа, яка супроводжує Застраховану особу за межами території України у випадках, передбачених Програмою страхового продукту, до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованої особи в країні проведення лікування. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг Застрахованої особи;

Хірург – фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у країні проведення лікування в якості "фахівця з хірургії";

Хірургічне втручання (операція) – інвазивна хірургічна процедура – проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. В тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного променя, для діагностики і лікування, а також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

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

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

17.5. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договорів страхування на підставі цих Загальних умов страхового продукту становить **40%** страхового тарифу.

Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного Договору, вказується в Полісі.

17.6. Застереження щодо захисту персональних даних:

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

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

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

- на обробку їх персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання Договору), та/або пропонування Застрахованій особі / Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним із використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
- на прийняття рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованої особи (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;
- на обробку персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застраховану особу / Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
- на зберігання їх персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
- на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України;
- на надання Страховиком доступу Асистуючій компанії та Медичним закладам до персональних даних Застрахованих осіб та передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
- на передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих осіб.

17.6.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до п.17.6. Умов. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

17.6.5. Страхувальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих осіб (їх законних представників) на укладення Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням Договору Страхувальник надає

Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

17.6.6. Страхувальник /Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл Асистуючій компанії та Медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

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

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

17.9. До укладання Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страхувальник має можливість отримати та ознайомитися зі всією інформацією (про Страховика, про Страхового агента, про страховий продукт, у тому числі про стандартний страховий продукт) у випадках, в обсязі та в порядку, що передбачені законодавством України: зазначена інформація є доступною на вебсайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst>

18. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Ці Умови діють до оприлюднення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst> нової редакції цих Умов або інформації про їх відкликання

Строк дії Договору, укладеного відповідно до цих Умов, страхування зазначається у п.9 Поліса.

18.2. До набрання чинності цими Умовами – страхування за страховим продуктом «Онкозахист» здійснювалось відповідно до загальних умов страхового продукту / пропозицій щодо укладення договорів страхування (публічних частин договорів страхування), зазначених нижче, дію яких припинено у зв'язку з оприлюдненням цих Умов.

Перелік попередніх редакцій публічних частин договорів страхування (в режимі гіпер-посилання):

[Загальні умови страхового продукту «Онкозахист» строком дії з 03.01.2025 р. до 04.11.2025 р. \(включно\)](#)

[Загальні умови страхового продукту «Онкозахист» строком дії з 01.06.2024 р. до 02.01.2025 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.07.2024 р. до 02.01.2025 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 29.12.2023 р. до 30.06.2024 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 09.11.2023 р. до 28.12.2023 р. \(включно\)](#)

[Пропозиція для договорів, укладених з 09.10.2023 до 08.11.2023 \(включно\)](#)

18.2.2. Укладені договори діють на умовах публічної частини Договору, що діяла протягом відповідного періоду.

ПРОГРАМИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

Таблиця 1

Назва Програми страхового продукту	“Еліт”	“Стандарт”
Страхова сума	Згідно з п.7 Умов	Згідно з п.7 Умов
Франшиза	Не застосовується	Не застосовується
Територія надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку	Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані)	Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані)
Лікування за межами території України якщо лікування неможливо провести в Україні*, то воно повинно бути здійснене за кордоном за вибором/рішенням Страховика (в Ізраїлі, Іспанії, Південній Кореї, Туреччині або Польщі), у разі, якщо лікування недоступне у вищезазначених країнах та існує небезпека для життя Застрахованої особи, то таке лікування може проводитися в будь-якій країні Європи за вибором Страховика, окрім Швейцарії .	Так	Тільки для дітей (1-18 років)
Фіксована разова виплата у випадку, коли лікування Застрахованої особи віком 19-69 років неможливо провести в Україні**	Ні	200 000 грн
Покриття витрат на лікування раку (злоякісного новоутворення) – <i>згідно з п.1 Таблиці 2</i>	Так	Так
Покриття витрат на трансплантацію кісткового мозку - <i>згідно з п.2 Таблиці 2</i>	Тільки для дітей (1-18 років)	Тільки для дітей (1-18 років)
Покриття витрат на репатріацію - <i>згідно з п.3 Таблиці 2</i>	Так	Тільки для дітей (1-18 років)

Покриття додаткових витрат при лікуванні за кордоном - згідно з п. 4 Таблиці 2	Так	Тільки для дітей (1-18 років)
--	-----	-------------------------------

**** Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов:**

- якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;
- лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;
- у разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів) це становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
- якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору.

**ОПИС ПОСЛУГ,
ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОПЛАТІ СТРАХОВИКОМ,
якщо це передбачено обраною Програмою страхового продукту
(згідно з Таблицею 1 Додатку №1 до Умов)**

Страховик сплачує наступні витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг при настанні Страхового випадку:

1. Лікування раку (злоякісного новоутворення)
1.1. Витрати на лікування, що проводиться Застрахованій особі з приводу діагностованого захворювання, яке визнано страховим випадком, а саме: – медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та стаціонарних умовах. Страховик оплачує вартість перебування Застрахованою особою в стаціонарних умовах терміном не більше <u>10 (десяти) календарних днів</u>, а у випадку здійснення хірургічного втручання, термін може бути продовжено ще <u>на 8 (вісім) календарних днів</u>; – огляд лікарів, в тому числі лікарів-фахівців; – діагностичні медичні втручання/послуги, що виконуються медичними організаціями, в тому числі лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика; – лікувальні медичні послуги в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за Погодженням зі Страховиком; – трансплантація, що проводиться ліцензованим медичним закладом за Погодженням зі Страховиком у випадках, передбачених Договором та обраною Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку №1); – імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування, включаючи вартість імплантів на суму, що не перевищує 600 000 (шістсот тисяч) гривень на один страховий випадок; – лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні. – Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури, під час та після проведення лікування в межах загальної страхової суми, передбаченої Програмою страхового продукту. При цьому, покриттям передбачено придбання лише ліків, затверджених FDA и EMA. Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання його Застрахованою особою, не повинен перевищувати <u>14 (чотирнадцяти) робочих днів</u>.
2. Трансплантація кісткового мозку
2.1. Для здійснення лікування лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкомії (злоякісного захворювання клітин крові), яке було діагностовано у Застрахованій особі віком від 1 до 18 років включно, протягом строку чинності Договору страхування, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, може бути застосовано трансплантацію кісткового мозку за дотримання таких сукупних умов: – два лікаря-спеціаліста у відповідній галузі медицини підтвердять потребу трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;

- трансплантація проводиться у визнаній лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проведено трансплантація кісткового мозку;
- трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікуванням з метою дослідження або розслідування;
- трансплантація проводиться відповідно до прийнятих етичних стандартів тієї країни, де проводиться трансплантація;
- наявність кісткового мозку, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі.

2.2. При цьому Страховик сплачує витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг:

- з трансплантації, яка проводиться через Постачальника послуг у визнаному у цій галузі лікувальному закладі, відповідно до страхових лімітів, зазначених нижче, до тих пір, поки трансплантація здійснюється у лікарні, яка погоджена зі Страховиком або
- трансплантація, яка здійснюється не через Постачальника послуг, але в медичному закладі, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком, Страховик несе відповідальність в межах лімітів встановлених нижче;
- витрати на діагностику, медичне лікування та госпіталізацію у погодженій Страховиком лікарні, де здійснювалась трансплантація або лікування;
- оплата праці лікаря-хірурга та витрати на операційну, понесені у разі/під час трансплантації або лікування відповідно до Програми страхового продукту;
- оплата вартості госпіталізації в лікарні, до 30 (тридцяти) днів до пересадки або лікування та до 90 (дев'яноста) днів після їх проведення, у тому числі медичних оглядів, лабораторних аналізів, лабораторних тестів і лікарських засобів протягом усього періоду госпіталізації.

2.3. Страховик оплачує супутні витрати на лікування в межах, встановлених нижче:

2.3.1. Пошук відповідного донора для трансплантації, збереження клітин кісткового мозку та транспортування до місця трансплантації – в межах ліміту **1 000 000,00 (один мільйон) грн** – медичні послуги, що надаються донору, включаючи розміщення в лікарні, палаті чи відділенні лікарні, харчування;

- загальні медичні послуги або послуги, які регулярно надаються персоналом Медичного закладу;
- лабораторні дослідження, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі отримання клітин кісткового мозку донора);
- витрати на проїзд та повернення живого донора до місця трансплантації обмежені вартістю квитка економ-класу в обидві сторони виключно з метою передачі клітин кісткового мозку донора Застрахованій особі;
- витрати на проїзд і повернення живого донора від передбачуваного готелю до лікарні або до лікуючого лікаря;
- витрати на проживання живого донора під час перебування за кордоном виключно з метою передачі клітин кісткового мозку Застрахованій особі в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера, Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря.

2.3.2. Витрати на проїзд та повернення до місця трансплантації – до максимальної вартості зворотного авіаквитка в економ-класі для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб, в межах ліміту **200 000 (двісті тисяч) грн**.

2.3.3. Витрати на спеціальне медичне повітряне транспортування та розумні витрати на наземний транспорт від аеропорту до лікарні, якщо Застрахована особа, на думку лікаря Страховика, за медичними показаннями непридатна для польоту регулярним комерційним рейсом, в межах ліміту **1 000 000 (один мільйон) грн.**

2.3.4. Витрати на проживання в готелі 3-4 зірки з єдиною метою – трансплантація клітин кісткового мозку– Застрахованої особи- необхідні для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб в межах ліміту **2 200 000 (два мільйони двісті тисяч) грн.**

2.3.5. Вибір готелю здійснюється з урахуванням наявності та близькості до Медичного закладу або лікуючого лікаря.

3. Витрати на репатріацію

3.1. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи, в разі її смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору, що включають вартість транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах ліміту виплати – **200 000 (двісті тисяч) гривень.**

4. Додаткові витрати при лікуванні за кордоном

4.1. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку №1) – квиток економ-класу в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, до місця проведення діагностики, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, в місці, де буде проведено діагностику та/або лікування.

4.2. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку №1) – проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує, в місці проведення діагностики. Вибір готелю проводиться Страховиком з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Строк проживання в країні лікування обмежується 10 (десятьма) календарними днями, цей період може бути продовжений на 8 (вісім) календарних днів у разі здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі.

4.3. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку №1) – допомога в отриманні візи, з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.

4.4. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку №1) – послуги усного та письмового перекладу, що надаються Застрахованій особі у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України.

СТРАХОВИК ПрАТ «СК «ВУСО»

Підписано за допомогою електронного підпису

уповноваженого представника Страховика

Перевірити за посиланням: <https://czo.gov.ua/verify>