

ЗАТВЕРДЖЕНО
Розпорядженням
№01-07-24/1.2.
від 30.05.2024 р.

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»

за класом страхування 1 “Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)”, ризик в межах класу страхування “Страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання”;

за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Страхування на випадок хвороби”,

за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Медичне страхування”.

ПРЕАМБУЛА

Ці Загальні умови страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я» (далі – Загальні умови страхового продукту) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ВУСО», місцезнаходження 03150, м. Київ, вул. Казимира Малевича, 31, код ЄДРПОУ – 31650052, 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., ліцензія Національного банку України на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування) від 23.04.2024, діє безстроково (далі – Страховик), є внутрішнім документом Страховика, визначеним відповідно до частини першої статті 89 Закону України «Про страхування», та встановлює загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за страховим продуктом «Комплексне страхування здоров'я» за одним або кількома класами страхування (ризиками в межах класів страхування) із зазначених нижче:

- за класом страхування 1 “Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)”, ризик в межах класу страхування “Страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання”;
- за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Страхування на випадок хвороби”;
- за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Медичне страхування”.

Загальні умови страхового продукту визначаються на підставі внутрішньої політики з андеррайтингу та внутрішньої політики з розроблення та впровадження страхових продуктів, розроблених та затверджених Страховиком відповідно до вимог до розроблення таких політик, встановлених нормативно-правовими актами Регулятора.

Страховик зобов'язаний розміщувати та зберігати на своєму веб-сайті <https://vuso.ua/> у відкритому доступі всі редакції Загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених нормативно-правовими актами Регулятора. Всі попередні редакції цих Загальних умов страхового продукту (за наявності) зазначаються в Розділі 14 цих Загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії шляхом викладення гіперпосилань на них.

Страховик зобов'язаний розмістити на своєму вебсайті, уключаючи його мобільну версію, у відкритому доступі Загальні умови страхового продукту відповідно до вимог до розкриття інформації клієнтам і споживачам, установлених законодавством України, не пізніше ніж за один день до дати укладення першого договору страхування відповідно до цих Загальних умов страхового продукту.

Страхування здійснюється на підставі договору страхування за стандартним страховим продуктом «Комплексне страхування здоров'я» (далі – Договір страхування або Договір), який укладається відповідно до цих Загальних умов страхового продукту.

Страховальником за Договором може бути дієздатна фізична особа, фізична особа-підприємець або юридична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. Якщо умовами конкретного Договору страхування не передбачено інше, терміни та поняття, що вживаються в Договорі страхування, мають таке значення:

Застрахована особа – застрахована особа згідно з Законом України «Про страхування», в інтересах якої укладено Договір страхування за її згодою.

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.

Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованої особи, що існував до моменту початку даного захворювання.

Хронічне захворювання – захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

Загострення хронічного захворювання – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрозувати життю Застрахованої особи.

Хронічне захворювання в стадії ремісії – період перебігу хронічного захворювання Застрахованої особи, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованої особи порівняно з стадією загострення.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю та працездатності Застрахованої особи.

Таблиця травм – таблиця розмірів страхових виплат у випадку травматичних ушкоджень організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, вказана у договорі страхування та/або оприлюднена Страховиком на власному веб-сайті за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>.

Медичний заклад – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком, визначений згідно з Договором. До Медичних закладів належать заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, фізичні особи-підприємці, основними завданням яких є забезпечення медичного обслуговування шляхом надання медичних послуг та/або надання реабілітаційної допомоги згідно з чинним законодавством України (медичні заклади МОЗ України, АН України, відомчі медичні заклади, приватні клініки, аптеки, діагностичні та консультативні центри, стоматології тощо), з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. До Медичних закладів прирівнюються також установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації, зокрема, оздоровчо-профілактичні заклади (басейни, тренажерні зали тощо), асистуючі компанії, що не є структурним підрозділом Страховика, з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. Перелік Медичних закладів, в яких відбувається

обслуговування застрахованих осіб доступні на веб-сайті Страховика за посиланням, вказаним в Договорі страхування.

Програма страхування – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).

Декларація про стан здоров'я – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором страхування та/або цими Загальними умовами страхового продукту.

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам на умовах, передбачених Договором.

Регулятор – Національний банк України.

1.2. Інші терміни, що вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими законами та нормативно-правовими актами Національного банку України, іншими актами законодавства України.

1.3. Договір страхування може містити інші терміни, не вказані в цих Загальних умовах страхового продукту або може містити зазначені терміни в іншій інтерпретації, уточнені та/або деталізовані, що визначається за домовленістю Сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

1.4. Відповідно до вимог чинного законодавства Договір страхування не може містити: понять та/або термінів, які за своєю економічною суттю пересікаються та/або збігаються з іншими поняттями або термінами, визначеними законодавством України; понять та/або термінів, визначених законодавством України, у власній інтерпретації Страховика таких понять та/або термінів.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

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

Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту, які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

2.2. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена в Договорі та з яким пов'язані страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача) та страхові ризики, що підлягають страхуванню за Договором.

2.3. На підставі цих Загальних умов страхового продукту може здійснюватись страхування за кількома класами/ризиками в межах класів страхування (в їх будь-якому поєднанні, що зазначається в конкретному Договорі страхування) із зазначених нижче:

2.3.1. **страхування від нещасного випадку** (страхування за класом страхування 1 “Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)”, ризик в межах класу страхування “Страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання”);

2.3.2. **страхування на випадок хвороби** (страхування за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Страхування на випадок хвороби”);

2.3.3. **медичне страхування** (страхування за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування “Медичне страхування”).

2.4. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, страховими ризиками є:

2.4.1. хвороба Застрахованої особи, визначена Договором страхування;

2.4.2. нещасний випадок із Застрахованою особою.

2.4.3. гостре захворювання Застрахованої особи;

2.4.4. загострення хронічного захворювання Застрахованої особи;

2.4.5. інший розлад здоров'я Застрахованої особи та/або інші випадки, передбачені Договором страхування.

Конкретний перелік страхових випадків за Договором (залежно від компонентів страхового покриття із зазначених в п.2.3. Загальних умов страхового продукту) визначається за згодою Сторін та зазначається у відповідному Договорі страхування.

2.5. Страховим випадком є настання страхового ризику, передбаченого п.2.4. Загальних умов страхового продукту, протягом строку дії страхового покриття та Договору, що підтверджено документально і не є винятком зі страхових випадків. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, страховими випадками є:

2.5.1. смерть Застрахованої особи.

2.5.2. встановлення Застрахованій особі первинної інвалідності I, II, III групи.

2.5.3. травма Застрахованої особи в результаті нещасного випадку, якщо така травма передбачена Договором та/або відповідною Таблицею травм за Договором.

2.5.4. тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою.

2.5.5. отримання Застрахованим медичної допомоги та послуг в Медичному закладі за направленням Страховика в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхового продукту та Договором, у зв'язку з настанням страхових ризиків зазначених в конкретному Договорі страхування, та які відбулися протягом строку дії Договору.

Конкретний перелік страхових випадків за Договором (залежно від компонентів страхового покриття із зазначених в п.2.3. Загальних умов страхового продукту) визначається за згодою Сторін та зазначається в Договорі страхування.

2.6. Розмір страхової суми на кожен Застраховану особу визначається за згодою Сторін та зазначається в Договорі страхування.

2.7. В залежності від умов конкретного Договору страхування, в межах страхової суми за Договором, за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, іншими складовими, можуть діяти ліміти відповідальності Страховика, які зазначаються в Договорі страхування за згодою Сторін.

2.8. Вид та розмір франшизи визначається за згодою Сторін та зазначається в Договорі страхування.

2.9. Розміри страхового тарифу та страхової премії визначається за згодою Сторін на підставі інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, повідомленої Страхувальником при укладенні Договору та зазначається у Договорі страхування.

2.10. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, Договір набуває чинності з вказаної у Договорі страхування дати, але не раніше 00:00 годин дати, що йде наступною за датою сплати страхової премії (страхового платежу), в обсязі визначеному Договором, та діє до 24:00 годин вказаної в Договорі дати завершення строку дії Договору.

2.11. За Договором страхування може бути встановлений період очікування страхового випадку – окремо по кожному захворюванню або в цілому за Договором. Період очікування – проміжок часу від дати набрання чинності Договором, протягом якого страхове покриття за Договором не діє.

2.12. Строк дії Договору встановлюється за згодою Сторін Договору страхування і зазначається в Договорі страхування.

2.13. Дія Договору страхування може поширюватись на територію України та/або на територію інших країн (весь світ). При цьому виключення окремих територій зі страхового покриття передбачається Договором страхування.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страховик зобов'язаний:

3.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Загальними умовами страхового продукту у спосіб, передбачений законодавством;

3.1.2. Здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору;

3.1.3. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на письмову заяву Страхувальника / Застрахованої особи, повідомити Страхувальника / Застраховану особу в письмовій формі про прийняте рішення в строки, передбачені Договором;

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

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

3.2. Страховик має право:

3.2.2. На отримання страхової премії в обсязі та строки, передбачені Договором;

3.2.2. На отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи;

3.2.3. Відмовити Страхувальнику / Застрахованій особі у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього;

3.2.4. 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 (трьох) місяців (якщо інший строк не передбачений Договором);

3.2.5. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку;

3.2.6. Інші права, передбачені Договором страхування, законодавством та цими Загальними умовами страхового продукту.

3.3. Страхувальник зобов'язаний:

3.3.1. Своєчасно та в повному обсязі сплатити страхову премію відповідно до умов Договору;

3.3.2. Отримати згоду фізичної особи на укладення Договору, а також ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору; повідомлення Страхувальником фізичних осіб про намір укласти Договір на їх користь здійснюється Страхувальником у будь-який спосіб, при цьому якщо до моменту набрання Договором чинності Застрахована особа не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору щодо неї, то такий Договір вважається укладеним на користь Застрахованої особи на умовах, передбачених Договором; у випадку, коли умовами Договору на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за Договором, то Страховик повинен отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи;

3.3.3. При укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо) і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеня страхового ризику (про обставини, які змінилися настільки, що якби вони були відомі при укладанні цього Договору, він взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених) протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли Застрахованій особі стало відомо про зміну ступеня ризику. Укладення Страхувальником Договору відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до Загальних умов страхового продукту (в тому числі додатків до них) або відповідно до умов конкретних Договорів страхування (в тому числі додатків до них), вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку;

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

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

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

3.3.7. Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку;

3.3.8. Дотримуватись умов Договору.

3.4. Страхувальник має право:

3.4.1. На роз'яснення умов страхування за Договором та Загальними умовами страхового продукту у спосіб, передбачений законодавством;

3.4.2. Вимагати сплати Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору;

3.4.3. У разі відмови Страховика у виплаті, вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин відмови;

3.4.4. Оскаржити рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати за Договором у судовому порядку;

3.4.5. У разі, коли Застрахована особа є неповнолітньою особою – її права та обов'язки здійснюють її законні представники.

3.4.6. Інші права, передбачені Договором страхування, законодавством та цими Загальними умовами страхового продукту.

3.5. Сторони Договору страхування можуть мати інші права та обов'язки згідно з умовами, погодженими сторонами в Договорі страхування, а також відповідно до чинного законодавства України.

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

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

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

4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

4.1. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору.

4.2. Якщо інше не передбачено умовами Договору, підставами припинення дії Договору є:

4.2.1. 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;

4.2.2. 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, з урахуванням умов дії страхового захисту згідно з Договором;
- смерті Страхувальника-фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором;
- 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.

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

4.2.3.1. 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, 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;

4.2.3.2. 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, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

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.

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

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

4.5. 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.

4.6. В Договорі страхування може бути передбачений спеціальний порядок внесення змін в Договір, що стосується виключення та / або додавання Застрахованих осіб до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, зміни для окремих Застрахованих осіб Програми страхування, строків повідомлення Страхувальником про зміни в переліку Застрахованих та строки внесення відповідних змін до Договору сторонами, застосування передбачених Договором формул, розрахунків та умов для визначенні страхової премії по відношенню до осіб, які підлягають страхуванню на термін менше 1 (одного) року, порядок розрахунку лімітів за опціями страхового покриття для таких осіб, формулу розрахунку суми до повернення у разі виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, а також інші випадки, формули та розрахунки, погоджені Сторонами в Договорі страхування.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. 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 такий Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором. Договір може містити додаткові застереження щодо порядку реалізації відмови від Договору страхування, що не суперечать чинному законодавству.

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, у разі настання страхового випадку за страхуванням від нещасного випадку (п.2.3.1. Загальних умов страхового продукту), якщо його покриття передбачено умовами конкретного Договору страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

6.1.1. Протягом строку, зазначеного в конкретному Договорі, повідомити Страховика про настання страхового випадку на гарячу лінію за телефоном, вказаним в Договорі страхування.

6.1.2. Протягом строку, зазначеного в конкретному Договорі, письмово проінформувати про це Страховика шляхом подачі заяви про страхову виплату встановленої Страховиком форми. У випадку, якщо виконання вказаних вимог було неможливе, Застрахована особа (її представник) зобов'язаний надати документальне підтвердження наявності поважних причин;

6.1.3. Для отримання страхової виплати надати Страховику повний комплект документів, наведених в Договорі;

6.1.4. Надати Страховику можливість провести розслідування обставин страхової події, надати йому повну і достовірну інформацію (в тому числі що є комерційною таємницею), що стосується даної страхової події.

6.1.5. Виконувати інші дії, на вимогу Страховика, передбачені умовами конкретного Договору страхування.

6.2. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, у разі настання страхового випадку за страхуванням на випадок хвороби (п.2.3.2. Загальних умов страхового продукту), якщо його покриття передбачено умовами конкретного Договору страхування, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язаний:

6.2.1. протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) заявити про випадок за допомогою контактних даних Сторін, вказаних в Договорі.

6.2.2. не пізніше 30 (тридцяти) днів з дня встановлення діагнозу хвороби або закінчення лікування Застрахованої особи, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язана заявити про випадок та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Договором за допомогою контактних даних Сторін, вказаних в Договорі

6.2.3. у визначений Договором строк надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Договором.

6.2.4. Виконувати інші дії, на вимогу Страховика, передбачені умовами конкретного Договору страхування.

6.3. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, у разі настання страхового випадку за медичним страхуванням (п.2.3.3. Загальних умов страхового продукту), якщо його покриття передбачено умовами конкретного Договору страхування, Застрахована особа невідкладно (до звернення в Медичний заклад) зобов'язана повідомити Страховика за контактними даними Страховика, вказаними в Договорі страхування (за телефоном гарячої лінії Страховика, цілодобово), та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Картки (полісу) Застрахованої особи та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи, обставини настання події та номер Картки (полісу) Застрахованої особи.

6.3.1. Після отримання повідомлення Страховик, у разі визнання випадку страховим, організовує в строк, що не перевищує 2 (дві) години з моменту відповідного звернення, та оплачує надання Застрахованій особі відповідних видів допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування за Договором, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик замовляє для Застрахованої особи певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з Медичним закладом, гарантує їх оплату.

6.3.2. Інший порядок повідомлення Страховика про випадок та врегулювання допускається лише у випадках, Самостійного звернення Застрахованої особи в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком понесених витрат Застрахованої особи), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, а саме:

- в екстрених випадках (при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Страховика до звернення в медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість, але не пізніше 48 годин з моменту настання випадку. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи, обставини настання події та номер Картки (полісу) Застрахованої особи;

- за погодженням зі Страховиком, коли Застрахована особа своєчасно повідомила Страховика, але через відсутність договірних відносин з медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги.

6.3.3. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медичні послуги Застрахованій особі надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує її особу.

6.4. Умовами конкретного Договору страхування може передбачатися інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, залежно від умов страхового покриття, обраних Страхувальником при укладенні Договору страхування.

6.5. Детальний порядок звернення та отримання медичної допомоги Застрахованою особою зазначається в конкретному Договорі страхування.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору, строк прийняття рішення за випадком становить 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з умовами Договору. Протягом вказаного строку Страховик:

7.1.1. Приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати, або

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

7.2. Перелік документів для здійснення страхової виплати, а також форма, спосіб та порядок подання переліку документів визначаються умовами Договору.

7.2.1. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування форма, спосіб та порядок подання документів для здійснення страхової виплати за Договором страхування визначаються з урахуванням наступного:

1) До розгляду можуть бути прийняті копії документів, у тому числі в електронному вигляді.

2) Копією документу за Договором є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим посередником від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-

телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика та у визначений ними термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (у тому числі цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

3) Документ, цифрова копія якого надається Страховику, має відповідати наступним вимогам:

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

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

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

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

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

7.3. Договором страхування можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку:

7.3.1. фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;

7.3.2. відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;

7.3.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

7.4. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, загальна сума страхових виплат Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії Договору не може перевищувати страхової суми, за вирахуванням франшизи та раніше здійснених страхових виплат, з урахуванням лімітів відповідальності Страховика, встановлених в конкретному Договорі страхування.

7.5. Договором може бути передбачено здійснення страхової виплати:

- безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика (в межах переліку видів допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами; або

- безпосередньо на користь Застрахованої особи у безготівковій формі. Якщо внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованої особи – страхова виплата здійснюється спадкоємців Застрахованої особи згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати, складеній за формою, наданою Страховиком.

7.6. Договором страхування може бути передбачено, що у випадку, коли Страхувальнику була надана можливість внесення загального страхового платежу частинами (щомісячно), то при настанні страхового випадку із суми, належної до виплати, Страховик має право утримати несплачену частину загального страхового платежу за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору страхування.

7.7. Страховик має право відстрочити прийняття рішення за подією, що має ознаки страхового випадку (про здійснення страхової виплати або про відмову у здійсненні страхової виплати), в порядку та у випадках, передбачених Договором страхування.

7.8. Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат залежить від умов конкретного Договору страхування та зазначається у відповідному Договорі.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

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

8.2. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого Договором страхування або законодавством, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

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

8.3.1. навмисні дії Страхувальника, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом;

8.3.2. вчинення Страхувальником або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

8.3.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

8.3.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником або 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;

8.3.5. ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору;

8.3.6. настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період або під час періоду очікування страхового випадку (якщо такий передбачений умовами Договору) або до початку дії Договору;

8.3.7. повторне звернення Застрахованою особою на протязі року за страховою виплатою за захворюванням, за яким Страховиком в цей же період було здійснено страхову виплату;

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

8.3.9. у разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеним Страховиком лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін;

8.3.10. невиконання Страхувальником обов'язків, визначених Договором, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

8.3.11. настання події, що не підпадає під визначення страхового випадку згідно з умовами Договору страхування;

8.3.12. у випадку самостійного звернення Застрахованої особи в Медичний заклад без попереднього погодження зі Страховиком (з порушенням порядку повідомлення, передбаченого Договором страхування);

8.3.13. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування згідно з умовами конкретного Договору страхування та/або Програми страхового продукту за Договором;

8.3.14. за наявності інших обставин, передбачених ст.104 Закону України "Про страхування" (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Договором).

8.4. У разі звернення Застрахованої особи щодо події, яка не визнається Страховиком страховим згідно з умовами Договору страхування (у тому числі згідно з додатками до Договору) або відповідної Програми страхового продукту, Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованій особі за такою подією, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови Договору страхування та/або додатків до нього та/або відповідної Програми страхового продукту.

8.5. Якщо обставини, які можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від Застрахованої особи / Страхувальника компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати.

Така компенсація або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Застрахованою особою / Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними у такій вимозі.

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

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення договору страхування. Таке інформування здійснюється відповідно до чинного законодавства шляхом розкриття відповідної інформації та розміщення її на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/> для доступу та

самостійного ознайомлення клієнтами / Страхувальниками та іншими особами, на користь яких укладаються договори страхування.

За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит клієнта останньому надається безоплатна індивідуальна консультація, яку Страховик (страховий посередник) надає клієнту щодо умов страхових продуктів, що пропонуються, та рекомендації (пропозиції), який страховий продукт (програма страхового продукту) максимально відповідатиме вимогам та потребам клієнта у страхуванні.

9.2. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника 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 страхування.

9.3. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхового платежу за Договором страхування, включаючи:

9.3.1. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- загальна кількість Застрахованих осіб;
- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожную Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;
- бажана кількість періодів страхування в межах строку дії Договору;
- професія, рід занять Застрахованої особи;
- вид спорту, яким займається Застрахована особа (у разі, якщо страхове покриття за Договором має діяти під час занять Застрахованої особи спортом);
- час, на який необхідне страхове покриття.

9.3.2. відомості про об'єкт страхування:

- прізвище, власне ім'я, по батькові Застрахованої особи;
- дата народження Застрахованої особи;
- місто та домашня адреса (повна адреса фактичного проживання) Застрахованої особи;
- документ, що посвідчує особу (серія, номер) Застрахованої особи;
- РНОКПП Застрахованої особи;

- контактний телефон Застрахованої особи;
- електронна пошта (для надсилання електронної картки Застрахованої особи);
- категорія Застрахованої особи;
- інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- декларація про стан здоров'я Застрахованої особи;
- бажаний рівень Програми страхування для Застрахованої особи.

9.3.3. інформацію про наявність про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

9.4. Надання вказаної в п.9.3. інформації здійснюється Страхувальником Страховику шляхом заповнення відповідних даних в анкетах-опитувальниках, заявах або через ІТС Страховика / страхового посередника або усно представнику Страховика / страхового посередника, за участю якого укладається Договір страхування.

9.5. Страховий продукт (програма страхового продукту), що пропонується клієнту, має відповідати вимогам та потребам клієнта у страхуванні. До укладення Договору страхування Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги цього клієнта у страхуванні.

9.6. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, одним із наступних способів:

9.6.1. у паперовій формі; або

9.6.2. у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг"; або

9.6.3. у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію.

9.7. Надання Страхувальнику примірника Договору страхування здійснюється з урахуванням наступного:

9.7.1. примірник Договору страхування, укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком (посередником) Страхувальнику одразу після його підписання сторонами;

9.7.2. відправлення примірника Договору, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються у погоджений Страхувальником спосіб, зазначений у Договорі страхування, у порядку, передбаченому Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" або Законом України "Про електронну комерцію". Якщо Договором страхування не передбачено інше примірник Договору страхування направляється Страхувальнику за контактними даними, вказаними в Договорі страхування.

9.8. У разі якщо Договір страхування укладається шляхом приєднання, він складається з публічної частини Договору (якою є ці Загальні умови страхового продукту, з урахуванням додатків до них) та індивідуальної частини Договору (Поліса). Ці Загальні умови страхового продукту можуть бути публічною частиною Договору, про що вказується у

відповідному Договорі страхування, з урахуванням п.13.3. цих Загальних умов страхового продукту.

9.8.1. Публічна частина Договору страхування оприлюднюється та повинна бути доступною для ознайомлення клієнтів на веб-сайті Страховика, включаючи його мобільну версію, і надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations>. Усі редакції публічної частини Договору зберігаються на веб-сайті (веб-сторінці) Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених нормативно-правовими актами НБУ, але не менше трьох років з дати припинення дії останнього з договорів у відповідній редакції.

9.8.2. Індивідуальна частина Договору повинна містити інформацію, передбачену законодавством для договорів страхування, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені у публічній частині Договору.

Якщо індивідуальна частина Договору укладена в паперовій формі, примірник індивідуальної частини та додатки до неї (за наявності) надаються Страхувальнику одразу після підписання Договору.

Надання Страхувальнику примірника індивідуальної частини Договору, укладеної у формі електронного документа, та додатків до неї (за наявності) здійснюється у погоджений клієнтом спосіб, зазначений у договорі про надання фінансової послуги, у порядку, передбаченому Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" або Законом України "Про електронну комерцію". Якщо Договором страхування не передбачено інше індивідуальна частина Договору страхування направляється Страхувальнику за контактними даними, вказаними в Договорі страхування.

9.9. Договори, передбачені пунктом 9.6.3. цих Загальних умов страхового продукту, укладаються у порядку, встановленому Законом України "Про електронну комерцію" та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ.

9.10. Зміни до Договору страхування надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір, до якого зміни вносяться, якщо інше не визначено таким Договором або законом.

9.11. Укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, сертифікатом.

10. ОСОБЛИВІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

10.1. Особливі умови страхування можуть встановлюватись окремими програмами страхового продукту, які визначаються в додатках до цих Загальних умов страхового продукту, а також умовами відповідних Договорів страхування.

10.1.1. У випадку розбіжностей між цими Загальними умовами страхового продукту та умовами окремих програм страхового продукту – умови програм страхового продукту мають перевагу в застосуванні.

10.1.2. У випадку розбіжностей між цими Загальними умовами страхового продукту (в тому числі додатками до них) та умовами конкретних Договорів страхування – умови конкретних Договорів страхування мають перевагу в застосуванні.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

11.2. 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.

11.3. 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); до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1, тел. (044) 279 12 70, e-mail: info@dpss.gov.ua); що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. Контактні дані Страховика для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, вказуються в конкретному Договорі страхування.

12.2. Якщо інше не передбачено конкретним Договором страхування, звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, здійснюється за такими контактними даними Страховика: телефон **0 800 50 37 73 (цілодобово)**, e-mail: vuso@vuso.ua

13. ІНШІ ПОЛОЖЕННЯ

13.1. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договорів страхування на підставі цих Загальних умов страхового продукту (далі – максимальна частка витрат) становить **75%** страхового тарифу.

Не допускається укладання договору страхування, що передбачає частку витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням такого Договору страхування, у розмірі, більшому, ніж максимальна частка витрат, що передбачена п.13.1. Загальних умов страхового продукту, згідно з якими укладається відповідний Договір страхування.

Витрати, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у Договорі страхування, у випадках, передбачених Договором.

13.2. Розмір максимальної страхової суми щодо окремого предмета Договору страхування чи окремої Застрахованої особи, на яку може бути укладено один договір страхування згідно з цими Загальними умовами страхового продукту, визначається максимальним розміром власного утримання Страховика, визначеного згідно з Законом "Про страхування" за станом на 01 число календарного місяця, що передував кварталу, у якому певний Договір страхування набрав чинності.

13.3. Договір страхування може включати як свою складову частину ці Загальні умови страхового продукту, за умови, що в іншій частині такого Договору зазначаються індивідуальні умови Договору страхування та конкретний обсяг страхового покриття за Договором страхування, що укладається зі Страхувальником.

13.4. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком тощо) та інші умови страхування, передбачені Загальними умовами страхового продукту, на підставі яких укладається такий Договір страхування. У випадку розбіжностей між цими Загальними умовами страхового продукту та конкретним Договором страхування, застосовуються умови Договору страхування.

13.5. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, до договорів страхування, укладених за цими Загальними умовами страхового продукту, застосовується наступне застереження щодо захисту персональних даних:

13.5.1. 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 страхового посередника за Договором, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

13.5.2. 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).

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

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

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

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

- на зберігання їх персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

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

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

13.5.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до п.13.5. Загальних умов страхового продукту. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

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

14. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

14.1. Дата початку дії цих Загальних умов страхового продукту – **1 червня 2024 року**.

14.2. Ці Загальні умови страхового продукту діють до оприлюднення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations> нової редакції цих Загальних умов страхового продукту.

14.3. Зміни до Загальних умов страхового продукту вносяться шляхом їх викладення у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким самим чином, як

і нові Загальні умови страхового продукту. Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту попередня редакція таких Загальних умов страхового продукту припиняє дію та нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов страхового продукту.

14.4. Страховик забезпечує розміщення у відкритому доступі на своєму веб-сайті, включаючи його мобільну версію, всі редакції Загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії в такій редакції. Для цього в новій редакції Загальних умов страхового продукту (Розділ «Заключні положення») додається в режимі гіпер-посилання перелік всіх попередніх редакцій Загальних умов страхового продукту. Розміщені таким чином у відкритому доступі Загальні умови страхового продукту зберігаються протягом строку дії договорів страхування, укладених відповідно до цих Загальних умов страхового продукту, та протягом п'яти років із дати закінчення строку дії останнього Договору страхування, укладеного відповідно до такої редакції, якщо інше не встановлено законодавством України.

14.5. Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на Загальних умовах страхового продукту, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою Сторін.

14.6. У Договорі страхування зазначається назва та дата початку дії Загальних умов страхового продукту, відповідно до яких укладається такий Договір, реквізити внутрішнього документа Страховика, яким вони затверджені (дата, номер), та посилання на сторінку веб-сайту Страховика, де розміщено такі Загальні умови страхового продукту.

Голова Правління ПрАТ «СК «ВУСО»

Артюхов А.В.

**Особливі умови страхування
за програмами страхового продукту «Стандартні умови» та «Стандартні умови +»
при страхуванні позичальників АТ КБ «ПРИВАТБАНК»**

1. У межах страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я» діють програми страхового продукту «Стандартні умови» та «Стандартні умови +», що передбачають особливі умови страхування, передбачені цим Додатком до Загальних умов страхового продукту.
2. Страховим агентом за програмами «Стандартні умови» та «Стандартні умови +» страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я» є АТ КБ «ПРИВАТБАНК», місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570, Контактні дані: 3700; вебсайт: <https://www.privatbank.ua/>, ідентифікаційні дані якого, в тому числі дані про внесення інформації до Реєстру страхових посередників НБУ вказано на веб-сайті Страхового агента та відповідних договорах страхування.
3. Страхувальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір, ідентифікаційні дані про якого вказуються в Договорі.
4. Вигодонабувачем за Договором є:
 - 4.1. АТ КБ «ПРИВАТБАНК» (ЄДРПОУ 14360570, адреса: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна) у розмірі заборгованості за Кредитним договором, який зазначається в Договорі (надалі – «Кредитний договір»), в сумі несплачених платежів по тілу кредиту та процентів за його використання.
 - 4.2. Спадкоємці Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України, - в розмірі залишку від страхової суми після здійснення страхової виплати Вигодонабувачу, вказаному в п. 4.1. цього Додатку.
5. Застрахована особа – фізична особа-резидент, про страхування якої укладено даний Договір та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору. Застрахована особа вказується в Договорі. Застрахованою особою не може бути особа, вказана в п.12.4. цього Додатку.
6. Перелік страхових ризиків та страхових випадків за програмами страхового продукту «Стандартні умови» та «Стандартні умови +» визначається в Договорах страхування з урахуванням наступного.
 - 6.1. Страховими ризиками за цим Договором є:
 - 6.1.1. хвороба Застрахованої особи;
 - 6.1.2. нещасний випадок із Застрахованою особою.
 - 6.2. Страховим випадком є настання страхового ризику, передбаченого п.6.1. цього Додатку, протягом строку дії страхового покриття та Договору, що підтверджено документально і не є винятком зі страхових випадків, а саме:
 - 6.2.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби.
 - 6.2.1.1. Подія, зазначена в п. 6.2.1. цього Додатку, визнається страховим випадком, за умови, що смерть Застрахованої особи настала в період дії Договору внаслідок хвороби (загострення захворювання), що була вперше виявлена протягом строку дії Договору.

6.2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку

6.2.2.1. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи за Договором.

До нещасних випадків за цим Договором відносяться:

травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу тварини, правець, що призвели до смерті Застрахованої особи;

утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб, що призвели до смерті Застрахованої особи

6.2.2.2. Зазначена в п.6.2.2. цього Додатку подія визнається страховим випадком, якщо смерть Застрахованої особи настала в період дії Договору від нещасного випадку, що стався протягом строку дії Договору, та за умови документального підтвердження причинно-наслідкового зв'язку між нещасним випадком та настанням смерті Застрахованої особи.

6.2.3. Встановлення групи інвалідності Застрахованій особі (I або II групи) внаслідок нещасного випадку.

Подія визнається страховим випадком, якщо вона настала в період дії Договору, від нещасного випадку, що стався протягом строку дії Договору.

7. Страхова сума встановлюється в розмірі заборгованості Страхувальника за Кредитним договором, і вказується в Договорі. Франшиза за Договором не застосовується.

8. Страховий тариф за Договором визначається залежно від розміру страхової суми за Договором та Програми страхового продукту, а саме:

Річний страховий тариф за Програмою страхового продукту, %	
«Стандартні умови»	«Стандартні умови+»
0,5%	1,99%

9. Строк дії Договору вказується у відповідному Договорі страхування.

10. Територія дії Договору – весь світ.

При цьому дія Договору не поширюється:

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

- на території поза межами України в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права; території, щодо яких МЗС України надало рекомендацію утриматися від поїздок до перетину Застрахованою особою кордону.

11. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат за програмами страхового продукту «Стандартні умови» та «Стандартні умови +»:

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

11.1.1. не пізніше 30 (тридцяти) днів з дня встановлення групи інвалідності Застрахована особа зобов'язана заявити про випадок та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2. цього Додатку.

11.1.2. не пізніше 6 (шести) місяців з дати смерті, спадкоємець Застрахованої особи або Вигодонабувач зобов'язаний заявити про випадок телефоном 3700, 0-800-503-773(а у разі недоступності зазначеного каналу зв'язку – за контактними даними Страховика, вказаними в п.1 Полісу) та не пізніше 12 (дванадцяти) місяців надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2. цього Додатку.

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

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

11.2.2. у разі настання страхового випадку, передбаченого п.6.2.1. цього Додатку:

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

11.2.2.2. копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті або рішення суду;

11.2.2.3. медична картка; виписка з історії хвороби; довідка медичного закладу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу; інші документи медичних закладів;

11.2.2.4. свідоцтво про право на спадщину, засвідчене нотаріально;

11.2.3. у разі настання страхового випадку, передбаченого п.6.2.2. цього Додатку:

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

11.2.3.2. копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті або рішення суду;

11.2.3.3. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує, причини, обставини що смерть настала внаслідок нещасного випадку; судові рішення або вирок суду за наявності; довідка про дорожньо-транспортну пригоду; документи органів ДСНС, правоохоронних або інших компетентних органів щодо причин та обставин настання події, що має ознаки страхового випадку;

11.2.3.4. свідоцтво про право на спадщину, засвідчене нотаріально.

11.2.4. у разі настання страхового випадку, передбаченого п. 6.2.3 цього Додатку:

11.2.4.1. документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а саме: медична картка; виписка з історії хвороби; лікарняний лист; довідка медичного закладу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;

11.2.4.2. довідка / висновок МСЕК про встановлення групи інвалідності.

11.2.5. За потреби Страховик має право вимагати інші документи про обставини і причини страхового випадку (документи органів МВС про дорожньо-транспортну пригоду, висновки правоохоронних органів, медичних закладів тощо), а також інші документи про обставини і причини страхового випадку і розмір збитків або надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг.

У передбачених законом випадках та за запитом Страховика особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язана протягом 3 (трьох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати продовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання таких документів.

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

11.3. Форма, спосіб та порядок подання документів, зазначених в п. 11.2. цього Додатку визначається згідно з Загальними умовами страхового продукту.

11.4. Порядок розрахунку розміру страхової виплати:

11.4.1. У разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.2.1. та 6.2.2. цього Додатку, – в розмірі 100% страхової суми;

11.4.2. у разі настання страхового випадку, зазначеного в п. 6.2.3. цього Додатку:

- у разі встановлення Застрахованій особі 1-ї групи інвалідності – в розмірі 90% страхової суми;

- у разі встановлення Застрахованій особі 2-ї групи інвалідності – в розмірі 75% страхової суми.

11.4.3. Якщо протягом дії Договору після встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок нещасного випадку буде встановлено інвалідність вищої групи або настане смерть Застрахованої особи внаслідок цього ж нещасного випадку, страхова виплата за відповідним страховим випадком здійснюється за вирахуванням раніше здійснених за Договором виплат.

11.5. Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з п.11.2. цього Додатку, приймає рішення:

11.5.1. про здійснення страхової виплати і складає страховий акт, або

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

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

11.7. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті у разі особливо складних обставин страхового випадку або коли обставини страхового випадку потребують додаткової перевірки – на строк не більший 3 (трьох) місяців з дати отримання останнього з усіх документів, передбачених п.11.2. цього Додатку та запитаних Страховиком для прийняття відповідного рішення, якщо:

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

11.7.2. не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розмір страхової виплати – до їх з'ясування; відкрито кримінальне провадження – до закінчення досудового розслідування постановою про закриття кримінального провадження або винесення вироку судом; у випадку, якщо у Страховика є підстави для проведення самостійного розслідування події, що має ознаки страхового випадку, відстрочити Страхову виплату до закінчення Страховиком такого розслідування

11.8. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується Страховиком Застрахованій особі або Вигодонабувачеві (спадкоємцям Застрахованої особи) протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту оформлення страхового акта відповідно до нижченаведеного механізму:

11.8.1. Якщо на момент прийняття рішення про страхову виплату:

11.8.1.1. у Страхувальника існує заборгованість за Кредитним договором, строки виконання якої вже настали, - страхова виплата здійснюється Вигодонабувачеві і спрямовується на погашення цієї заборгованості;

11.8.1.2. у Страхувальника існують зобов'язання за Кредитним договором щодо погашення кредиту, строки виконання яких ще не настали, - сума страхової виплати, яка залишилася після розрахунку за п.11.8.1.1. цього Додатку, що не перевищує загальної суми зобов'язань Страхувальника за Кредитним договором, вважається достроковим погашенням кредиту, виплачується Вигодонабувачеві і спрямовується на погашення кредиту.

11.8.2. У разі дострокового розірвання Кредитного договору і пред'явлення кредиту до стягнення, при наявності заборгованості Страхувальника перед Вигодонабувачем (що підтверджується довідкою), страхова виплата спрямовується на погашення кредиту.

11.8.3. Якщо сума страхової виплати на користь Вигодонабувача є меншою, ніж передбачено п. 11.4. цього Додатку, виплата залишку (різниці) від цієї суми здійснюється на користь Страхувальника або спадкоємців Страхувальника.

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

11.10. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, передбаченої Договором.

12. Перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування. Причини відмови у страховій виплаті за програмами страхового продукту «Стандартні умови» та «Стандартні умови +»:

12.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

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

12.1.2. вчинення Страхувальником умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

12.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

12.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством України, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

12.1.6. ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором; надання Страховику документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору;

12.1.7. настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений або до початку дії Договору;

12.1.8. ненадання Страховику документів, які визначені п.11.2. цього Додатку, протягом більше, ніж 12 місяців з дня смерті Застрахованої особи;

12.1.9. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими пп.12.2. - 12.5. цього Додатку.

12.1.10. Інші випадки, передбачені законодавством України.

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

12.2.1. подія пов'язана з будь-якими хворобами, їх наслідками та ускладненнями, якщо такі хвороби

виникли до моменту укладення Договору

12.2.2. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, недотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи;

12.2.3. заподіяння шкоди здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи, що не призвели до

смерті Застрахованої особи;

12.2.4. визнання Застрахованої особи такою, що зникла безвісти, відповідно до законодавства;

12.2.5. настання події, що має ознаки страхового випадку, протягом неоплаченого періоду страхування;

12.2.6. не набрання чинності Договором (в тому числі у зв'язку з неоплатою страхового платежу у

визначеному Договором порядку, розмірі та строки);

12.3. Не визнаються страховими випадками події, що мають ознаки страхового випадку (смерть Застрахованої особи, яка настала внаслідок нещасного випадку; смерть Застрахованої особи, яка настала внаслідок захворювання Застрахованої особи; стійка втрата Застрахованою особою працездатності (встановлення інвалідності)) внаслідок нещасного випадку, який відбувся:

12.3.1. до моменту набрання чинності Договором;

12.3.2. після припинення дії Договору страхування;

12.3.2. внаслідок вчинення або спроби вчинення Застрахованою особою або Вигодонабувачем протиправних дій;

12.3.3. внаслідок або під час самогубства або замаху Застрахованої особи на самогубство;

12.3.4. внаслідок або під час заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, незалежно від її психічного стану, а також травм, отриманих Застрахованою особою, що знаходилася в стані алкогольного сп'яніння, під впливом психоактивної речовини;

12.3.5. у зв'язку з вживанням Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних, психотропних речовин, ліків без призначення лікаря;

12.3.6. внаслідок або під час самолікування або лікування особою, яка не має медичної освіти;

12.3.7. внаслідок або під час порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці та

правил безпеки дорожнього руху;

12.3.8. на шляхах проведення спортивних змагань;

12.3.9. внаслідок вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових та генетичних хвороб;

12.3.10. внаслідок захворювань чи наслідків травм, по яких встановлено I або II групу інвалідності до вступу в дію даного Договору або після закінчення строку його дії;

12.3.11. внаслідок венеричних хвороб та СНІДу;

12.3.12. внаслідок алкоголізму, наркоманії та токсикоманії незалежно від термінів виявлення;

12.3.13. внаслідок психічних хвороб;

12.3.14. внаслідок захворювань та станів, що пов'язані з вагітністю та пологами, наслідками штучного переривання вагітності;

12.3.15. внаслідок захворювань, які були вперше виявлені у Застрахованої особи до початку дії Договору або після закінчення дії Договору.

12.3.16. внаслідок або під час:

- масових заворушень, актів громадянської непокори, громадянської війни, страйків, локаутів, бунтів, заколотів, державних переворотів або спроби їх здійснення, повстання або революції, терористичних актів та їх наслідків, диверсій, дій озброєних повстанців, а також дій влади, спрямованих на їхнє придушення;

- ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження, хімічного, бактеріологічного забруднення;

- воєнних дій, військових заходів будь-якого роду, використання зброї, військової техніки та знарядь війни, дій військових сил та/або спеціальних формувань (підрозділів) будь-якої держави, будь-якого роду недержавних збройних сил або збройних формувань, дій бойовиків, збройних угруповань, їх окремих учасників (незалежно від факту оголошення війни чи введення воєнного стану);

- дій Збройних сил України, сил спеціального призначення та/або інших спеціально призначених воєнізованих формувань та підрозділів, проведення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії, антитерористичної операції, операції Об'єднаних сил, виконання завдань національного спротиву;

- участі Застрахованої особи у воєнних (бойових) діях, в тому числі але не виключно в складі Збройних сил України, Сил оборони, будь-яких інших служб, підрозділів, формувань, в тому числі але не виключно одноособово, незалежно від форми та способу їх утворення.

12.4. Не можуть бути застрахованими особи:

- 1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;
- 2) які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах;
- 3) які перебувають у місцях позбавлення волі;
- 4) особи молодші 18 років на момент укладання Договору;
- 5) особи, які є онкологічно хворими, хворими на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими або страждають на СНІД, мають значні травматичні ушкодження з ураженням нервової системи, а також які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.

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

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

12.6. Не вважаються страховими випадками події, пов'язані з будь-якими хворобами та/або нещасними випадками, їх наслідками та ускладненнями, якщо такі хвороби та/або нещасні випадки виникли до моменту укладення цього Договору.

12.7. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п.11.5. цього Додатку. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п.11.5.2. цього Додатку, 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.

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

13. Будь-яке внесення змін до Договору та дострокове припинення дії Договору з будь-яких підстав, а також відмова від Договору, укладеного за програмами страхового продукту «Стандартні умови» та «Стандартні умови +», здійснюється лише за умови наявності згоди Вигодонабувача за Договором.

14. До укладання Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страховик (Страховий агент) забезпечив можливість ознайомитись, а Страхувальник має можливість ознайомитися зі всією інформацією (про Страховика, про Страхового агента, про стандартний страховий продукт) у випадках, в обсязі та в порядку, що передбачені законодавством; зазначена інформація є доступною на вебсайті Страховика <https://vuso.ua/insurance-products>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком.