Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт

"Онкозахист"

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту, та допомагає порівняти його з іншими продуктами

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	**1. Інформація про страховика**	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ВУСО» (ПрАТ «СК «ВУСО»), код ЄДРПОУ 31650052
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ №27-0024/31525 від 23.04.2024 р. (чинний), виданий Національним банком України, який підтверджує переоформлення ліцензії ПрАТ «СК «ВУСО» на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування) за класами страхування та ризиками в межах класів страхування (ліцензія діє безстроково)
4	Місцезнаходження страховика	03150, місто Київ, вул. Казимира Малевича, 31
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://vuso.ua/
6	**2. Основні умови страхового продукту**	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	**Страхування здійснюється за класом страхування 2** “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик у межах класу страхування «Медичне страхування». **Об’єктом страхування** за Договором є життя, здоров’я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена в Договорі (далі – Застрахована особа) та з яким пов’язані: - страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача); - страхові ризики, що підлягають страхуванню за Договором. **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).
8	Страхові ризики та обмеження страхування	**Страховим ризиком** за Договором є **критичне захворювання та/або стан** 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, 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. Якщо Застрахованою особою є особа віком від 1 до 18 років (включно), то страхове покриття для лікування **лімфоми** (злоякісного захворювання лімфатичної системи) **або лейкемії** (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. **Страховим 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 з приводу настання страхового ризику, 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. Опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком при настанні страхового випадку за обраною для Застрахованої особи Програмою страхового продукту (згідно з Договором) наведено в Договорі. 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. **Не може бути Застрахованою особа, яка:** - визнана у встановленому законодавством України порядку недієздатною; - молодше 1 року на дату укладання Договору страхування; - віком 70 років та більше на дату укладення Договору страхування /продовження дії Договору на наступний рік, з урахуванням умов Договору; - наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням; - вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) в тиждень; - викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину. - піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах); - страждає в даний час / страждала та/або було діагностовано протягом останніх 10 років: - онкологічні захворювання, в тому числі, але не обмежуючись злоякісним новоутвореннями шкіри, доброякісними або злоякісними новоутворення щитоподібної залози (в тому числі вузли), доброякісними або злоякісним новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланомою in situ, раком крові/лейкемію; - передракові стани, включаючи, але не обмежуючись дисплазією шийки матки (CIN I–III), стравоходом Барретта, поліпами товстої або прямої кишки, хворобою Боуена, лейкоплакію, 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);

		- 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 таи 68), вірус Епштейна-Барра; - страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хвороба Крона; - піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку; - хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ); - перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІД; - є онкологічно хворою; - має будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичні онкологічні висновки (аномальний тест PAP або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування); - на дату укладання Договору проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з захворювань або станів, вказаних вище, або очікує результати діагностики. **Договір страхування не може бути укладений з:** - юридичною особою; - 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». За наявності обставин, що унеможливлюють укладення Договору, за яких особа не може бути Застрахованою 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 унеможливлюють укладення Договору, за яких особа не може бути Застрахованою 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, за яких така особа не може бути Застрахованою особою відповідно до умов Договору, 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. Повний перелік винятків із страхових випадків та обмежень страхування зазначено в Загальних умовах страхового продукту, повний текст яких розміщений на вебсайті Страховика за посиланням https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst
9	Територія та строк дії договору страхування	**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 Договором). **Строк дії Договору** вказується в Договорі. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії Договору, яка зазначена у Договорі, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Договором, на поточний рахунок Страховика. Договір діє до 24:00 годин (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші

		обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору, з урахуванням умов Договору щодо дії страхового захисту. **Період страхування** – 1 (один) рік або 1 (один) місяць – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у Договорі. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, зазначеного в Договорі як дата початку строку дії Договору та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування, встановленого в Договорі. Якщо Договором передбачено більше одного періоду страхування, то кожен наступний період страхування (якщо він оплачений згідно з Договором) 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. Страховий захист діє виключно в оплаченому періоді страхування. При щомісячній сплаті страхових платежів 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 умовах період очікування страхового випадку (згідно з Договором) не застосовується. У випадку сплати страхового платежу з 31 дня до 90 дня прострочення страхового платежу застосовується період очікування згідно з умовами Договору. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування (з урахуванням пільгового терміну для сплати страхового платежу згідно з Договором), 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). 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**. Якщо страховий платіж надійшов у періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування. **Дія Договору продовжується (лонгується)** на такий самий строк дії Договору та аналогічних умовах у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування (з урахуванням зміни тарифу при переході Застрахованої особи в іншу вікову групу згідно з умовами Договору), якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити. **Договір не може бути продовжений** (лонгований) у випадках, передбачених відповідними пунктами Договору, а саме: - Продовження (лонгація) строку дії Договору можливе за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору діє договір доручення із страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей Договір. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір 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. - 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. - 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. У разі досягнення протягом строку дії Договору Застрахованою особою віку, за яким згідно з Договором 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. 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 Договором. 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. За Договором встановлюється **період очікування страхового випадку 90 (дев'яносто) днів від дати набрання чинності Договором або дати відновлення страхового захисту** – проміжок часу від дати набрання чинності Договором страхування (або дати відновлення страхового захисту згідно з умовами Договору 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 умов Договору. 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 умовами Договору, в тому числі встановлено необхідність трансплантації кісткового мозку – такі події не будуть підставою для отримання будь-яких страхових виплат за Договором. Період очікування не застосовується при продовженні (лонгації) строку дії Договору, а також при переоформленні Договору щодо Застрахованої особи згідно з Договором за умови безперервного страхування (відсутності неоплаченого періоду страхування між датою завершення попереднього договору страхування та датою початку нового договору страхування).
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	**Розмір загальної страхової суми за Договором** зазначається у Договорі. Страхова сума залежить від обраної Страхувальником при укладенні Договору Програми страхового продукту, а саме: **1.** Програма «Стандарт» **від 1 до 18 років (включно) – 10000000 (десять мільйонів) грн** **-** в т.ч. ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкемії (злоякісного захворювання клітин крові) – **8 000 000 (вісім мільйонів) грн**

		- в т.ч. ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ – **2 000 000 (два мільйони) грн** **від 19 до 69 років (включно) – 2 000 000 (два мільйони) грн** **2.** Програма «Еліт» **від 1 до 18 років (включно) – 12 000 000 (дванадцять мільйонів) грн** **-** в т.ч. ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкемії (злоякісного захворювання клітин крові) - в т.ч. ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ **від 19 до 69 років (включно) – 12 000 000 (два мільйони) грн** 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.
11	Франшиза	**Франшиза** за Договором не застосовується.
12	Розмір страхової премії/ страхового тарифу	**Розмір страхового тарифу** залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та вказується в Договорі. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі: **1.** від 1 до 18 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт» - 0,01068%** - за програмою **«Еліт» - 0,0189%** **2.** від 19 до 30 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт» - 0,06%** - за програмою **«Еліт» - 0,021%** **3.** від 31 до 40 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт» - 0,09%**

		- за програмою **«Еліт» - 0,03%** **4.** від 41 до 50 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт» - 0,18%** - за програмою **«Еліт» - 0,06%** **5.** від 51 до 60 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт» - 0,45%** - за програмою **«Еліт» - 0,15%** **6.** від 61 до 69 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт» - 0,84%** - за програмою **«Еліт» - 0,25%** * Вік Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладання / річної лонгації Договору. Розмір загального страхового платежу за Договором та страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та встановлюється в розмірі: **1.** від 1 до 18 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт»** - 89 грн за 1 місяць (1068 грн за 1 рік) - за програмою **«Еліт»** - 189 грн за 1 місяць (2268 грн за 1 рік) **2.** від 19 до 30 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт»** - 100 грн за 1 місяць (1200 грн за 1 рік) - за програмою **«Еліт»** - 210 грн за 1 місяць (2520 грн за 1 рік) **3.** від 31 до 40 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт»** - 150 грн за 1 місяць (1800 грн за 1 рік) - за програмою **«Еліт»** - 300 грн за 1 місяць (3600 грн за 1 рік) **4.** від 41 до 50 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт»** - 300 грн за 1 місяць (3600 грн за 1 рік) - за програмою **«Еліт»** - 600 грн за 1 місяць (7200 грн за 1 рік) **5.** від 51 до 60 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт»** - 750 грн за 1 місяць (9000 грн за 1 рік) - за програмою **«Еліт»** - 1500 грн за 1 місяць (18000 грн за 1 рік) **6.** від 61 до 69 повних років (включно) - за програмою **«Стандарт»** - 1400 грн за 1 місяць (16800 грн за 1 рік) - за програмою **«Еліт»** - 2500 грн за 1 місяць (30000 грн за 1 рік)

13	Порядок та строки сплати страхової премії	**Порядок сплати загального страхового платежу** за Договором залежить від кількості періодів страхування за Договором. Страховий платіж за кожен період страхування сплачується з періодичністю згідно з Договором у безготівковій формі. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на рахунок Страховика. Під час сплати страхового платежу обов'язково вказувати «призначення платежу», яке вказано у Договорі. З урахуванням порядку набрання чинності Договором, строк сплати страхового платежу, зазначеного в Договорі, визначається за фактичною датою сплати Страхувальником першого (або річного) страхового платежу на рахунок Страховика. У разі встановлення щомісячного платежу дата сплати зазначається в Договорі. 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. У випадку зміни платіжних реквізитів(у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами) Страховик про це інформує Страхувальника за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи можуть стягувати комісію відповідно до діючих тарифів.
14	Обов'язки сторін	**Страховик зобов'язаний:** - Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством. - Протягом двох робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати. - При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором. - Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення. - 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. **Страхувальник зобов'язаний:** - 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. - При укладенні Договору надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до Договору, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку. - Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором. - Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку. - Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором. - **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, 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.** - У випадках, передбачених умовами Договору, – надати Страховику документи, зазначені у Договорі.

		- Протягом 5 (п’яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування. - Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати. - 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. - 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). У випадку, передбаченому Договором, Страхувальник повинен самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення нового договору страхування відповідно до умов Договору на WEB-сторінці Страхового агента за адресою https://www.pb.ua або у персональному кабінеті за адресою: https://www.privat24.ua/ або в ІТС.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	**Підставами припинення дії Договору** є: **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; **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 Договором, чергового страхового платежу за укладеним Договором протягом 90 днів поспіль. При цьому раніше сплачені страхові платежі не повертаються Страхувальнику; - ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни

		Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства 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, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором; - ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України; - набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством України та відповідним рішенням суду; - в інших випадках, передбачених законодавством України. **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 пізніш як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому: - 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 страхування, 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. - 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 страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

		У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі. **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. 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. **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. 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.** 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. 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.
16	**3. Здійснення страхових виплат**	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	У випадку встановлення попередньо діагнозу, визначеного Договором, 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 / індивідуальної частини Договору) та іншу інформацію на прохання Страховика / представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. 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. Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією Страховика щодо подальших дій Застрахованої особи. **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, зазначені в Договорі . 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.
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	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 умов Договору.

		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. 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. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою / її законним представником, якщо вони не були погоджені та не були організовані Страховиком / Асистуючою компанією, не відшкодовуються Страховиком. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається договорами, укладеними Страховиком з Медичними закладами / Асистуючою компанією. При цьому збір документів покладається на Страховика. 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 Договором. 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: - 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); - 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 умовам Договору та відповідно до Програми страхового продукту "Стандарт" (якщо така передбачена Договором) 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. - 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. 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. 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 Догворі. Страхова виплата здійснюється

		виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж. **Опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком, якщо це передбачено обраною Програмою страхового продукту** зазначається в Таблиці 1 Додатку №1 до Загальних умов страхового продукту, повний текст яких розміщений на вебсайті Страховика за посиланням https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	**Підставою для відмови Страховика** у здійсненні страхової виплати є: - 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. - Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного кримінального правопорушення, що призвів до настання страхового випадку. - 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 Договору). - 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. - Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору. - У разі відмови Застрахованої особи від обстеження, призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін. - 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; - 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 відповідного пункту Договору. - Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгового терміну згідно з Договором) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору; - Випадок не є страховим або є виключенням зі страхових випадків відповідно до умов Договору; - за наявності обставин, передбачених ст.104 Закону України "Про страхування" (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Договором). **Не є страховим випадком** та зі страхового покриття виключаються: - Захворювання та/або медичні стани, та відповідно витрати пов’язані з їх лікуванням, що не визначені Договором та не покриваються згідно з умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту; - 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; - 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; - необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту; - психохірургія; - лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;

		- лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта; - будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами обраної Програми страхового продукту; - медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні 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; - послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом); - послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку. - якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи; - якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку). - якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки; - якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку; - будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років. **Не визнаються страховим випадком** та Страховик не оплачує витрати за послуги: - з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраної Програми страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору; - 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;

		- 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; - захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші); - подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою; - 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; - подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні; - послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту; - 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; - 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. - у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду; - діагностики та/або лікування, які надаються після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим. **Не є страховим випадком та виключаються** зі страхового покриття:

		- Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові; - Злоякісна меланома класу А1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002; - Захворювання шкіри наступних типів: Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома; Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи; - Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ); - 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; - Хронічна лімфоцитарна лейкемія (C.L.L). Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається Договором. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого Договором, 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. **Рішення Страховика** про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку. Повний перелік винятків із страхових випадків та обмежень страхування зазначено в Загальних умовах страхового продукту, повний текст яких розміщений на вебсайті Страховика за посиланням https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst
20	**4. Інша інформація**	
21	Форма договору страхування	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.
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	Страховий продукт реалізується через Страхового агента АТ КБ «ПРИВАТБАНК» (банківська діяльність), місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570, який 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, за допомогою WEB-сторінки

		Страхового агента в мережі Інтернет за адресою https://www.pb.ua або персонального кабінету за адресою: https://www.privat24.ua/, або ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання договорів страхування.
23	Інша інформація про страховий продукт	**Договір укладається відповідно до Загальних умов страхового продукту "Онкозахист",** затверджених ПрАТ “СК “ВУСО” згідно з Розпорядженням №01-06-24/2.5.2. від 04.11.2025 р., дата початку дії 05.11.2025 р., повний текст яких розміщений на вебсайті Страховика за посиланням https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://vuso.ua/insurance-products/product/onkozakhyst

* Цей документ складено відповідно до Закону України «Про страхування», а також Положення про розкриття інформації про страховика та страховий продукт, розміщення інформаційного документа про стандартний страховий продукт на вебсайтах страховиків та страхових посередників, затверджених Постановою Правління НБУ № 174 від 20.12.2023 р. (з подальшими змінами та доповненнями).