

Пропозиція щодо укладання електронного договору добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога» (надалі – Пропозиція)

1. Ця Пропозиція містить Порядок укладання електронного договору добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога» та Умов добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога» Приватного акціонерного товариства «Українська пожежно-страхова компанія» (далі – Страховик, ПрАТ «УПСК»).

2. Умови добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога» розроблені згідно з Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від 07.05.2009 р., реєстраційний № 0390315, зі змінами і доповненнями (далі – Правила), та на підставі ліцензії серії АЕ № 641960, виданої 25.06.2015 р. Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг України.

2.1. Це Пропозиція укласти договір добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога» в електронній формі. Пропозиція діє з «08» вересня 2023 р. та діє до дня офіційного оприлюднення Страховиком заяви про відкликання цієї Пропозиції в цілому чи в частині або до публікації нової редакції цієї Пропозиції на сайті Страховика. Офіційне оприлюднення Пропозиції з метою ознайомлення з її змістом здійснюється Страховиком шляхом розміщення тексту Пропозиції на сторінці веб-сайту Страховика за посиланням:

https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/pubdoc/2.2.%20%20propozic_ia_uklasti_dogov_r_ekstrenna_dopomoga%20ed.pdf

3. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога», що є додатком до Пропозиції (частина 2 Договору страхування).

4. Порядок укладання Договору:

4.1. Потенційний Страхувальник повинен ознайомитися з умовами Пропозиції та надати Страховику (уповноваженому представнику Страховика) інформацію, необхідну для його ідентифікації, калькуляції страхового платежу та формування індивідуальної оферти (частини 1 Договору) Страховика за договором страхування. Надання інформації здійснюється шляхом заповнення потенційним Страхувальником в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика (надалі – ІТС) полів форми та вибору умов страхування або шляхом надання інформації Страховику.

4.2. Страховик (уповноважений представник Страховика) на підставі отриманої інформації від потенційного Страхувальника формує частину 1 Договору, яка є індивідуальною частиною Договору.

4.3. Безумовним прийняттям (акцептом) потенційним Страхувальником умов цієї Пропозиції (включаючи Загальні умови) та положень, викладених в частині 1 Договору (індивідуальна частина Договору) є надання Страховику відповіді про прийняття оферти і підписання договору страхування шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (алфавітно-цифрова послідовність, яку отримує Страхувальник за допомогою смс-повідомлення на номер телефону, вказаний Страхувальником).

4.4. Страхувальник здійснює оплату страхового платежу в порядку передбаченому частиною 1 Договору в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

4.5. Підтвердження вчинення електронного договору страхування здійснюється шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми договору страхування.

4.6. Виконання зазначених дій означає прийняття потенційним Страхувальником усіх умов Пропозиції і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

5. Після здійснення акцепту потенційний Страхувальник набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну пошту, вказану ним Страховику, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування в електронній формі.

6. Електронним підписом Страхувальник підтверджує, що:
- 6.1. до моменту укладання Договору страхування ознайомлений з інформацією відповідно до частини 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», яку розміщено на сайті Страховика;
 - 6.2. розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком;
 - 6.3. отримав згоду Застрахованих осіб на страхування та надає згоду Страховику на обробку його та Застрахованих осіб персональних даних, в тому числі таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору страхування;
 - 6.4. ознайомлений та згодний з умовами страхування, повністю зрозумів їх зміст та погоджується з усіма умовами Договору, а також безумовно стверджує, що не позбавляється будь-яких прав, які має звичайно, а Договір не містить умов, які є для нього обтяжливими у будь-якому сенсі; ознайомив з умовами страхування Застрахованих осіб;
 - 6.5. надає свою згоду та отримав згоду Застрахованих осіб на отримання від Страховика розсилки електронних та інших повідомлень з питань страхування, в т. ч. sms, Viber –повідомлень;
 - 6.6. ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що зазначені в пункті 7 Пропозиції, та надає згоду на підписання Договору страхування зі своєї сторони-шляхом проставлення одноразового ідентифікатора;
 - 6.7. надає згоду на отримання Договору страхування в електронному вигляді та інших комерційних електронних повідомлень на його особисту електронну пошту вказану ним при внесенні особистої інформації;
 - 6.8. надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором страхування;
 - 6.9. підтверджує, що проінформований про те, що за надання свідомо неправдивих відомостей, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

7. Підписання Договору страхування з боку Страховика відбувається за допомогою факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання. Відповідний зразок підпису наведений у цьому розділі Договору, а саме:

**заступник Голови Правління
ПрАТ «УПСК»**



О.М. Лініченко

7.1. Будь-яких інших підписів та/або печаток Сторін (далі – Страховика та/або Страхувальник), окрім зазначених в пп. 6.6., 7 Пропозиції, не вимагається.

7.2. Відповідно до частини третьої статті 207 ЦК України Сторони домовилися, що використання факсимільного відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, або іншого аналога власноручного підпису та печатки, визнається Страхувальником як оригінальний підпис уповноваженої особи, скріплений печаткою Страховика.

8. Сторони приймають на себе зобов'язання відтворити Договір страхування на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору страхування в письмовому вигляді такий Договір страхування виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги Стороною та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір страхування, такий спір передається на розгляд до суду.

9. Дата, час, порядок акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігається в електронній базі Страховика.

10. Внесення змін до Договору страхування, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншій Стороні у письмовому чи у електронному вигляді шляхом направлення на її електронну пошту.

СТРАХОВИК. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИС

ПрАТ «УПСК»

04080, Україна, м. Київ, вул. Кирилівська, 40,
тел.: 0 800 50 70 50; сайт: <https://upsk.com.ua>

**заступник Голови Правління
ПрАТ «УПСК»**



О.М. Лініченко

Додаток до Пропозиції:

Умови добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога»

Умови добровільного медичного страхування «ТУРБОТА 24/7. Екстрена допомога»

5. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ВИГОДОНАБУВАЧ

5.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у п. 1 Договору за її згодою.

5.2. Вигодонабувачем щодо певної Застрахованої особи є така Застрахована особа (її представник за законом). Страхова виплата здійснюється з урахуванням умов п. 10.1 Договору.

6. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

6.1. Строк дії Договору зазначений в п. 3.6. частини 1 Договору.

6.2. Цей Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, визначеного п. 3.6. частини 1 Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження на поточний рахунок Страховика всієї суми страхового платежу за цим Договором.

6.3. Договір припиняє дію о 24 годині 00 хвилин дня, зазначеного в п.3.6. частини 1 Договору, як дата закінчення дії Договору.

6.4. В разі несплати або неповної сплати страхового платежу за Договором, зазначеного у п.3.5. цього Договору у строк, зазначений в п. 3.5. частини 1 Договору, то Договір вважається таким, що не набув чинності.

6.5. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж не в повному обсязі та (або) не в строки, передбачені п. 3.5. частини 1 Договору, і в зв'язку із цим Договір не набув чинності, то для повернення такого платежу Страхувальник зобов'язаний надати Страховику письмову заяву із зазначенням реквізитів для його перерахування. Події, що сталися до повернення платежу, не визнаються страховими випадками, та Страховик не несе жодних зобов'язань, крім повернення суми фактично сплаченого страхового платежу Страхувальнику.

7. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

7.1. Страхові випадки за цим Договором, зазначені в п. 2 цього Договору.

7.2. Події, зазначені в п. 2 Договору, визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в період дії цього Договору, підтверджені документами медичних закладів, передбачених цим Договором та при дотриманні інших умов цього Договору.

7.3. Цілодобову організацію та оплату медичних послуг від імені Страховика (за страховим випадком, зазначеним в п.п.2.2.1. цього Договору), фіксацію повідомлень про настання страхового випадку (за страховими випадками, зазначеними в п.п.2.2.2, 2.2.3.. цього Договору) забезпечує Асистуюча компанія LIC-Assistance (ЕлАйСі Асистанс), далі – Асистанс.

7.4. Протягом строку дії цього Договору Застрахована особа має право скористатись послугами сервісу дистанційних консультацій лікарів «Лікар Онлайн «Пакет Індивідуальний» з дати отримання персонального повідомлення про підключення до сервісу на умовах Публічної оферти, текст якої розміщений за наступним посиланням: https://telemed.likaronline.com.ua/static/user_docs/index.html

7.5. «Лікар Онлайн «Пакет Індивідуальний» - сервісна послуга, що надає Застрахованій особі можливості проведення дистанційних (телемедичних) консультацій лікарів загальної практики (сімейні лікарі, терапевти, педіатри) та вузькопрофільних лікарів спеціалістів, без обмежень у кількості таких консультацій. Для отримання телемедичних консультацій необхідно встановити мобільний додаток Лікар Онлайн (Lika Online) та пройти реєстрацію використовуючи логін та пароль, що надійшли на телефон Страхувальника (Застрахованої особи).

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

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Ознайомитись з Правилами та умовами страхування.

8.1.2. Отримати дублікат Договору у випадку втрати оригіналу.

8.1.3. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору, під час дії Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування у порядку, визначеному Договором.

8.1.4. Інші права передбачені Правилами та законодавством України.

8.2. Застрахована особа має право:

8.2.1. Отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

8.2.2. Інші права передбачені Правилами та законодавством України.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі, та в порядку визначеному Договором.

8.3.2. При укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі у письмовій формі інформувати його про будь-яку зміну ступеня ризику протягом 5 робочих днів з дня такої зміни.

8.3.3. Інформувати Застрахованих осіб щодо їх прав та обов'язків за Договором.

8.3.4. Не передавати Договір іншим особам, які не застраховані за цим Договором, для отримання останніми медичних послуг. У разі його втрати невідкладно надати Страховику письмову заяву про втрату для отримання дублікату Договору.

8.3.5. При укладанні Договору повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету Договору.

8.3.6. Не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, що стосується обставин цього Договору, якщо тільки це не відповідає вимогам законодавства України.

8.3.7. Виконувати інші обов'язки передбачені Договором, Правилами та законодавством України.

8.4. Зобов'язання Застрахованої особи:

8.4.1. Достовірно інформувати медичний заклад, Асистанс та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші обставини, що впливають на зміну ступеню ризику.

8.4.2. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до п. 9 Договору та Правил.

8.4.3. Надати Страховику всю інформацію і докази, які Страховик вимагатиме стосовно причин, обставин, наслідків події, що може бути визнана страховим випадком. Усі медичні документи та результати досліджень (отриманих самостійно за власний рахунок), а також інші записи, які можуть мати відношення до предмету цього Договору, мають бути доступні для перевірки Страховиком в будь-який час.

8.4.4. Виконувати рекомендації Страховика (Асистансу) щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком.

8.4.5. Для прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті надати Страховику всі необхідні документи, в порядку та на умовах, визначених Договором, Правилами, а також на вимогу Страховика інші (додаткові) документи для встановлення факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку.

8.4.6. Виконувати інші обов'язки передбачені Правилами та законодавством України.

8.5. Страховик має право:

8.5.1. Перевіряти надану Страхувальником інформацію та вимагати від Страхувальника повного розкриття всіх фактів, які стосуються предмету Договору, отримати від Страхувальника всю інформацію та документи (у разі необхідності) для укладання Договору та оцінки ступеня страхового ризику.

8.5.2. Відмовити у страховій виплаті повністю або частково, на умовах, передбачених Договором та/або Правилами та/або законодавством.

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування.

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

8.6.3. При настанні страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк.

8.6.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.7. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від простроченої суми за кожен день прострочення.

8.8. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою/малолітньою, зобов'язання згідно з п. 8.4 Договору несе його представник за законом.

9. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Для виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги (при гострому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, травми, отруєнні, іншому розладі здоров'я), Застрахована особа зобов'язана звернутися до Асистансу за телефоном, зазначеним у п. 2 частини 1 Договору, повідомити лікарю-координатору Асистансу своє прізвище, ім'я та по батькові, номер Договору, причину звернення (скарги), контактний телефон;

9.1.1. Лікар-координатор Асистансу організовує отримання Застрахованою особою медичних послуг, що надаються бригадами екстреної або невідкладної медичної допомоги.

9.1.2. Застрахована особа зобов'язана пред'явити бригаді екстреної або невідкладної медичної допомоги документ, що посвідчує особу та Договір.

9.1.3. Підбір медичного закладу для виклику бригади екстреної або невідкладної медичної допомоги відноситься до компетенції лікаря-координатора Асистансу (Страховика) відповідно до характеру необхідної медичної допомоги, місцезнаходження Застрахованої особи, тощо.

9.1.4. При самостійному виклику бригади екстреної або невідкладної медичної допомоги Застрахована особа (або особа, яка викликає бригаду), обов'язково повинні повідомити:

- Асистанс негайно, як тільки це стане можливим, але не пізніше, ніж протягом 24 годин з моменту отримання медичної допомоги;

- службу екстреної або невідкладної медичної допомоги про наявність цього Договору страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації в тому числі, що містить персональні данні, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи.

9.2. При необхідності проведення лабораторних досліджень, з переліку досліджень, передбачених цим Договором та необхідних, за призначенням лікаря, для діагностики гострого захворювання, або при необхідності виконання рентгенологічного дослідження при травматичному переломі кістки Застрахована особа самостійно звертається до медичного закладу (лабораторії) для отримання медичних послуг та самостійно сплачує їх вартість.

9.2.1. Для фіксації факту настання події, що має ознаки страхової, необхідно зателефонувати до Асистансу та повідомити про таке звернення негайно, як тільки це стане можливим, але не пізніше, ніж протягом 24 годин з моменту отримання медичних послуг.

9.2.2. Страховик відшкодовує Застрахованій особі витрати, передбачені цим Договором за умови настання страхового випадку у порядку та на умовах цього Договору.

9.3. При виникненні гострого захворювання з переліку, зазначеного у п. 2.2.3 Договору або при травматичному переломі кістки та потреби в невідкладній госпіталізації (невідкладна стаціонарна допомога) Застрахована особа самостійно звертається до медичного закладу (комунальної або державної форми власності) для проведення госпіталізації та самостійно сплачує вартість медичних послуг та медикаментів.

9.3.1. Для фіксації факту настання події, що має ознаки страхової, необхідно зателефонувати до Асистансу та повідомити про таке звернення негайно, як тільки це стане можливим, але не пізніше, ніж протягом 24 годин з моменту отримання медичних послуг

9.3.2. Страховик відшкодовує Застрахованій особі витрати, передбачені цим Договором за умови настання страхового випадку у порядку та на умовах цього Договору.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. У разі настання страхового випадку, страхова виплата здійснюється Страховиком в межах страхової суми та лімітів відповідальності Страховика, передбачених Таблицею 1.

Таблиця 1

Умови страхування відповідно до п. 2 частини 1 Договору	Ліміти відповідальності Страховика (страхові суми) щодо здійснення страхових виплат на одну Застраховану особу
Страхова сума за Договором	50 000 грн.
Швидка медична допомога	15 000 грн. за Договором
Діагностика (лабораторна та рентген)	3 лабораторних дослідження 1 рентген дослідження
Невідкладна стаціонарна допомога	25 000 грн на один страховий випадок
Лікар Онлайн «Пакет Індивідуальний»	Безлімітно протягом строку дії Договору

10.2. Страхова виплата здійснюється:

- 10.2.1. Через Асистанс, медичним закладам, юридичним особам, фізичним особам – підприємцям, що надали медичні послуги або консультативну та іншу допомогу, пов'язану з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі;
- 10.2.2. Безпосередньо Застрахованій особі, яка за погодженням з Страховиком (Асистансом) самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг. У такому разі страхова виплата здійснюється на підставі наступних документів:
- 10.2.2.1. Заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);
- 10.2.2.2. Копії Договору;
- 10.2.2.3. Копії паспорта (1-ї, 2-ї сторінки та сторінки з інформацією про місце реєстрації) особи, що отримує страхову виплату;
- 10.2.2.4. Довідки РНОКПП одержувача страхової виплати;
- 10.2.2.5. Рахунків медичних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих бригадою екстреної або невідкладної медичної допомоги послуг;
- 10.2.2.6. Виписки з карти стаціонарного хворого з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за допомогою до медичного закладу, дати надання медичних послуг, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, діагнозу, обсягу медичних послуг;
- 10.2.2.7. Рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
- 10.2.2.8. Рахунків закладів охорони здоров'я (в тому числі медичних лабораторій), з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
- 10.2.2.9. Фіскальних та відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
- 10.2.2.10. Інших документів на письмовий запит Страховика.
- 10.3. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку.
- 10.4. Страхові виплати щодо однієї Застрахованої особи здійснюються в межах страхової суми та лімітів відповідальності Страховика передбачені Договором на одну Застраховану особу з урахуванням раніше здійснених страхових виплат.
- 10.5. Страховик приймає до розгляду тільки оригінали документів, зазначених в п. 10.2.2.1, 10.2.2.5, 10.2.2.8 і 10.2.2.9 Договору, або належним чином завірені їх копії за умови можливості звірки копій документів з їх оригіналами.
- 10.6. Строк прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у страховій виплаті:
- 10.6.1. Рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання всіх необхідних документів.
- 10.6.2. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати письмово повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) з обґрунтуванням причин відмови протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.
- 10.7. Страхова виплата здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про таку виплату. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика.
- 10.8. За цим Договором надання швидкої медичної допомоги забезпечується бригадами швидкої медичної допомоги комунальної (державної) форми власності та комерційними медичними закладами. При виклику бригади швидкої медичної допомоги пріоритет надається медичному закладу, який зможе найшвидше надати бригаду для виїзду.
- 10.9. За цим Договором за опцією «Невідкладна стаціонарна допомога» Страховик відшкодовує документально підтверджені витрати на лікування Застрахованої особи в клініках комунальної (державної) форми власності.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

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

- 11.1.2. Вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 11.1.3. Подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт, причини, обставини, характер події, що має ознаки страхового випадку;
- 11.1.4. Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, причин, характеру та наслідків страхового випадку.
- 11.1.5. Невиконання чи неналежне виконання Страхувальником, Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору, Правилами, а також невиконання чи неналежне виконання умов Договору, Правил, вимог законодавства;
- 11.1.6. Отримання Застрахованою особою медичних послуг без погодження/повідомлення Страховика (Асистансу), крім випадків, коли стан Застрахованої особи загрожував її життю та здоров'ю;
- 11.1.7. Отримання медичної допомоги, не передбаченої умовами Договору;
- 11.1.8. Випадки, передбачені у розділі 12 Договору;
- 11.1.9. Інші випадки, передбачені законом.

12. ВИКЛЮЧЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. Страховик не відшкодовує:

- 12.1.1. Вартість медичних послуг, що не передбачені цим Договором та(або) отримані поза межами місця дії Договору.
- 12.1.2. Вартість медичних послуг при відсутності страхового випадку;
- 12.1.3. Витрати на лікування СНІД та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму в т.ч. станів, захворювань, травм, опіків та отруень, отриманих внаслідок цих станів.
- 12.1.4. Витрати на лікування захворювань, за якими встановлена група інвалідності (1,2,3), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджені аномалії та вади розвитку.
- 12.1.5. Витрати на лікування станів та захворювань, які викликані свідомим спричиненням собі шкоди (в тому числі спроби самогубства), або пов'язані з відмовою від лікування, недотриманням призначень медичного персоналу або лікувального режиму, самолікуванням.
- 12.1.6. Витрати на лікування захворювань/травм, курс лікування яких був розпочатий до моменту набуття чинності цього Договору.
- 12.1.7. Медичні послуги/витрати Застрахованої особи на медичні послуги, що не передбачені цим Договором;
- 12.1.8. Придбання протезів, пристроїв різного характеру і призначення, медичних приладів, апаратів, медичного інструментарію та обладнання і витратних матеріалів до них в т.ч. для проведення оперативного втручання та різного виду малоінвазивних операцій (в.т.ч. артроскопічних, лапароскопічних), імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, наборів для емболізації, деартеріалізації, корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, биндажу, тугорів, ортезів, металокопчиків для остеосинтезу, різного роду фіксатори що імплантуються.
- 12.1.9. Витрати на надання додаткового комфорту, а саме: кондиціонера, зволожувача повітря, послуг перукаря, косметолога;
- 12.1.10. Моральні збитки та упущену вигоду.

12.2. Страховик не відшкодовує витрати на:

- 12.2.1. Благодійні внески;
- 12.2.2. Лікування в умовах планового стаціонару;
- 12.2.3. Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах та/або в умовах денного стаціонару;
- 12.2.4. Медичні маніпуляції на дому, крім невідкладної допомоги.
- 12.3. За цим Договором не можуть бути застрахованими особи які на дату укладення Договору є:
 - 12.3.1. недієздатними за станом здоров'я,
 - 12.3.2. ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД,
 - 12.3.3. є громадянином російської федерації або республіки білорусь;
 - 12.3.4. визнана недієздатною чи обмежена у дієздатності внаслідок психічного розладу, зловживання спиртними напоями, наркотичними чи іншими токсичними речовинами, що викликають залежність та спричиняють патологічні зміни в організмі людини;
 - 12.3.5. знаходиться на обліку в наркологічному та/або психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, ВІЛ-інфікована;
 - 12.3.6. страждає важкими нервовими захворюваннями, органічними ураженнями опорно-рухового апарату;

12.3.7. має чи встановлює на дату укладання Договору I або II групи інвалідності, а також має категорію «дитина з інвалідністю»;

12.3.8. визнана безвісти зниклою

12.3.9. особи, які на час укладання Договору перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані).

13. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

13.1.1. Закінчення строку дії;

13.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

13.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки;

13.1.4. Смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;

13.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

13.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Договір припиняє дію щодо окремої Застрахованої особи з моменту, коли Застрахована особа стає особою, яка відповідно до умов п. 12.3. Договору не може бути Застрахованою особою (крім пп.12.3.3.).

13.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору.

13.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При цьому порушення строків здійснення страхової виплати не вважається таким порушенням умов Договору, в зв'язку з яким при достроковому припиненні його дії Страхувальнику повертаються сплачені страхові платежі повністю.

13.3.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

13.4. Під час дії Договору Сторони мають право вносити в нього зміни та доповнення за взаємною згодою. Всі зміни і доповнення до Договору вносяться шляхом укладання додаткової угоди до Договору.

14. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

14.1. Місце (територія) дії Договору - Україна, крім тимчасово окупованих територій та населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, визначених відповідно до чинного законодавства.

15. ІНШІ УМОВИ

15.1. Перелік медичних послуг, які передбачені цим Договором:

15.1.1. В межах опції «Швидка медична допомога»: виїзд бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги з медичного закладу, найближче розташованого до місця настання страхового випадку, або який зможе найшвидше надати бригаду для виїзду; експрес-діагностику та встановлення попереднього діагнозу; надання екстреної допомоги за життєвими показниками; забезпечення медикаментами для надання екстреної допомоги на догоспітальному етапі; лікувальні маніпуляції (ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інша медична допомога); транспортування каретою екстреної (швидкої) медичної допомоги до медичного закладу, визначеного Асистансом, або до чергового відділення медичного закладу, найближчого до місця настання події, для проведення подальшого лікування.

15.1.2. В межах опції «Діагностика (лабораторна та рентген)» – передбачає відшкодування витрат Застрахованої особи, у зв'язку з необхідністю проходження Застрахованою особою в амбулаторних умовах досліджень за призначенням лікаря для підтвердження гострого захворювання, що виникло протягом строку дії цього Договору. Страховик відшкодовує витрати Застрахованої особи на проведення не більше трьох аналізів з переліку: амілаза крові, лужна фосфатаза, С-реактивний білок, креатинфосфокіназа та/або

відшкодування витрат Застрахованої особи на проведення одного рентгенологічного дослідження при травматичному переломі кістки, що трапився протягом строку дії цього Договору.

15.1.3. **В межах опції «Невідкладна стаціонарна допомога»**, передбачає лікування в умовах стаціонару хвороб та станів, що зазначені в в. 2.2.3. Договору та потребують невідкладної госпіталізації та стаціонарного лікування. За цим Договором **невідкладною стаціонарною допомогою вважається** медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю, зазначені в п. 2.2.3. Договору, та потребують надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення, не сумісні з життям. Перелік послуг - консультації та інші професійні послуги медичного персоналу; діагностичні дослідження (лабораторні та інструментальні) за призначенням лікаря; лікувальні маніпуляції (перев'язки, ін'єкції та ін.) під час перебування в стаціонарі; консервативне та оперативне лікування, в т. ч. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркоз); вартість медикаментів, необхідних при невідкладному стаціонарному лікуванні; перебування в палатах, стандартних для медичного закладу, в т. ч. у відділенні інтенсивної терапії; використання операційного блоку та післяопераційної палати.

15.2. Всі повідомлення за Договором між Сторонами будуть вважатися зробленими належним чином, якщо вони здійснені у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом, кур'єром, електронною поштою або вручені особисто за зазначеними адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення, дата отримання електронного листа або дата поштового штемпеля відділу зв'язку одержувача.

15.3. Норматив витрат на ведення справи 60%.

15.4. Умови, не обумовлені Договором, регулюються Правилами та законодавством України.

15.5. Договір укладено в двох примірниках українською мовою, які мають однакову юридичну силу - по одному для кожної зі Сторін.

заступник Голови Правління
ПрАТ «УПСК»



О.М. Лініченко