Затверджено наказом Голови Правління
від «20» червня 2024 року №46

СТРАХОВА КОМПАНІЯ UPSK

Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» № 515.1

*Ця редакція Загальних умов страхового продукту «***Медичне страхування***» № 515.1 (далі –* ***Загальні умови****) діє з «01» липня 2024 року та припиняє дію із затвердженням та введенням у дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «***Медичне страхування***».*
Договори страхування, укладені за цією редакцією Загальних умов, діють до закінчення строку їх дії на цих Загальних умовах, крім випадків внесення змін до договору страхування за згодою сторін договору страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови розроблені Приватним акціонерним товариством «Українська пожежно-страхова компанія» (далі – **Страховик**) відповідно до вимог Закону України «Про страхування»,нормативно-правових актів Національного банку України та чинного законодавства України.

1.2. Страховик на підставі безстрокової ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування), виданої Національним банком України шляхом внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії 30.04.2024 р., укладає договори медичного страхування(далі – **Договір / Договори страхування**) за страховим продуктом «**Медичне страхування**» відповідно до цих Загальних умов за ризиком «**Медичне страхування**» в межах Класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

1.3. Страховий продукт «**Медичне страхування**» є нестандартним страховим продуктом і передбачає укладення Договорів страхування із визначенням конкретних умов страхового покриття на індивідуальній основі.

1.4. Страховик розробляє, затверджує та надає клієнту інформацію про страховий продукт, що містить загальну інформацію (далі – Інформація про страховий продукт)

1.5. Інформація про страховий продукт надається клієнту в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, або в інший спосіб за домовленістю.

1.6. Договір страхування не є додатковим до товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

1.7. Договором страхування може бути звужено та/або розширено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування, якщо це не суперечить законодавству.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

2.1. Поняття та терміни, які використовуються по тексту цих Загальних умов та в Договорах страхування, укладених відповідно до цих Загальних умов, вживаються у такому значенні:
2.1.1. **Асистуюча компанія (Асистанс)** - суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;
2.1.2. **Вигодонабувач** - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору.
2.1.3. **Застрахована особа** - фізична особа, про страхування якої укладено Договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного життя, працездатності та здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.1.4. **Ліміт відповідальності Страховика** – грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний провести страхову виплату відповідно до умов Договору. Ліміт відповідальності може бути встановлений за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.
2.1.5. **Медичні заклади** - підприємства, установи та організації або інші особи, які на законних підставах здійснюють діяльність у сфері охорони здоров'я та надають Застрахованій особі медико-санітарну допомогу, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та/або послуг медичного характеру, а також забезпечує необхідними медикаментами тощо. Перелік медичних закладів, звернення до яких визнається Страховиком страховим випадком за Договором страхування, зазначається в Договорі страхування. Згідно з умовами конкретної Програми страхування до Медичних закладів можуть також відноситися також установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та/або 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.
2.1.6. **Нещасний випадок** - це короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму), призвів до тимчасової або постійної втрати працездатності Застрахованої особи або настала її смерть.
2.1.7. **Період очікування** – період часу, протягом якого будь-яке захворювання (травма тощо), яке було діагностовано, або перші симптоми/ознаки які були зафіксовані в медичних документах, не вважаються страховим випадком і Страховик не здійснює страхову виплату по страхових випадках, що відбулись у цей період.
2.1.8. **Програма страхування** - перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти відповідальності, франшизи, клас Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).
2.1.9. **Страхова виплата**–грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.За договорами медичного страхування страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги та/або медикаментів та/або товарів медичного призначення, що надані медичними та/або фармацевтичними закладами Застрахованій особі за конкретним Договором страхування.
2.1.10. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія» (фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України).
2.1.11. **Страхувальник** – особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування або є Страхувальником відповідно до законодавства. Страхувальником за Договором страхування може бути дієздатна фізична особа віком від 18 років, фізична особа-підприємець або юридична особа, що уклала із Страховиком Договір страхування.
2.1.12. **Сторони Договору** – Страховик та Страхувальник.
2.1.13. **Страховапремія** (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.
2.1.14. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.
2.1.15. **Страхове покриття**– сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору. Страхове покриття за конкретним Договором страхування 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.
2.1.16. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.
2.1.17. **Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба Страхувальника у страхуванні ризиків, пов'язаних з пов'язаних з життям, здоров'ям Застрахованої особи.
2.1.18. **Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.
2.1.19. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та у разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору.

2.1.20. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором. Якщо інші умови не передбачені Договором, то сума франшизи вираховується Страховиком при розрахунку розміру страхової виплати при будь-якому страховому випадку. Франшиза може встановлюватись по категорії медичних закладів та/або окремому медичному закладу та/або по виду медичної послуги/або по окремій послузі. Франшиза може встановлюватися у відсотках від страхової суми, страхової виплати, в абсолютному розмірі або в інших розрахункових одиницях, визначених Договором.

2.2. Терміни (визначення), не обумовлені цими Загальними умовами, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Загальними умовами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. **Предметом Договору** страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України.

3.2. **Об'єктом страхування** є здоров'я та працездатність Застрахованих осіб.

3.3. За Договором страхування Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначені Договором страхування строк і розмірі та виконувати інші умови Договору страхування та Загальних умов, а Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату в порядку і на умовах, визначених Договором страхування.

3.4. **Страховим ризиком** є можливість звернення Застрахованої особи до Медичного закладу, з переліку передбаченого Договором страхування, чи запропонованого Асистуючою компанією (якщо у Договорі страхування визначено, що медичні послуги надаються через таку компанію) у зв'язку з подією, що потребує надання медичних послуг, передбачених Програмою страхування. Такими подіями можуть бути:

3.4.1. гостре захворювання;

3.4.2. хронічне захворювання у стадії загострення;

3.4.3. хронічне захворювання поза стадією загострення;

3.4.4. травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку;

3.4.5. інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни тощо);

3.4.6. необхідність в планових та/або профілактичних та/або оздоровчих послугах;

3.4.7. необхідність в інших медичних послугах або товарах.

3.5. Договором страхування можуть бути передбачені також інші страхові ризики, що пов'язані із станом здоров'я Застрахованої особи. Конкретний перелік страхових ризиків зазначається в Договорі страхування або в Програмі страхування.

3.6. **Страховим випадком** визнається подія, зазначена у п. 3.4. Загальних умов, яка фактично відбулася протягом строку дії Договору страхування, підтверджена документами Медичних закладів, та з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у порядку та на умовах, передбачених Договором страхування.

3.7. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування.

3.8. У Договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми (Ліміти відповідальності) по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, за певними видами медичної та іншої допомоги, яка передбачена Програмою страхування тощо.

3.9. Строк дії Договору зазначається в Договорі страхування.

3.10. Страхове покриття діє протягом строку дії Договору з урахуванням умов Договору, в тому числі такого:

3.10.1. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної в Договорі як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження в повному обсязі страхової премії (при одноразовій оплаті) або надходження в повному обсязі першої частини страхової премії (при сплаті частинами) на рахунок Страховика та діє до 24 години 00 хвилин дати, вказаної в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення.

3.10.2. У випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі або надходження в строк, що перевищує 10 (десять) календарних днів з дати, вказаної як дата граничного терміну сплати, на рахунок Страховика страхової премії (першої частини страхової премії) Договір вважається таким, що не набув чинності.

3.10.3. У разі сплати страхової премії за Договором частинами:

3.10.3.1. строк дії Договору поділяється на періоди страхування (періоди дії страхового покриття), які є частиною строку дії Договору, із зазначенням частки / розміру страхової премії, яка повинна бути сплачена, по кожному періоду страхування;
3.10.3.2. відповідальність Страховика за Договором за черговим періодом страхування (періодом дії страхового покриття) починається з дати, вказаної як початок періоду дії страхового покриття, за умови сплати відповідної чергової частини страхової премії в повному обсязі на рахунок Страховика не пізніше дати, вказаної в Договорі як дата початку строку дії такого періоду страхування (періодом дії страхового покриття);
3.10.3.3. якщо Страхувальник не сплатив або сплатив у неповному обсязі чергову частину страхової премії за наступний період страхового покриття до дати, вказаної в Договорі як дата початку дії такого періоду, то відповідальність Страховика за Договором припиняється з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної як початок такого періоду страхового покриття та відновлюється з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії за умови, що прострочена частина страхової премії надійшла на рахунок Страховика в строк, що не перевищує 10 (десять) календарних днів з дати, вказаної як дата граничного терміну її сплати. При цьому строк закінчення відповідного періоду страхового покриття та строк дії Договору залишаються без змін та без перерахунку частини страхової премії та страхового платежу за Договором;
3.10.3.4. У випадку надходження простроченої частини страхової премії в строк, що перевищує 10 (десять) календарних днів з дати, вказаної як дата граничного терміну її сплати, або ненадходження, або надходження не в повному обсязі, Договір достроково припиняє свою дію з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної як початок періоду страхового покриття, за який відповідна частина страхової премії повинна бути сплачена у повному обсязі.
3.10.3.5. Не вважаються та не визнаються страховими випадками будь-які події, які сталися в період припинення відповідальності Страховика.
3.11. Договором страхування може передбачатися інший, ніж зазначений в цих Загальних умовах, порядок встановлення строку дії Договору, набуття чинності Договору та сплати страхових премій за Договором з урахуванням індивідуальної потреби Страхувальника за погодженням зі Страховиком.
3.12. Страхувальник сплачує страхову премію виключно у національній валюті України.
3.13. Страхові виплати здійснюються у національній валюті України.
3.14. Територія дії Договору – Україна, за виключенням тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження; населених пунктів/територій, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку); територій, на яких тривають / проводяться воєнні (бойові) дії, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні) на момент настання події, що має ознаки страхового випадку.
3.14.1. Договір страхування може діяти тільки на конкретній території (область, місто тощо).
3.15. Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства.

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

4.1. **Страхувальник має право:**
4.1.1. ознайомитися з умовами Договору страхування, цими Загальними умовами, Інформаційним документом, та отримувати від Страховика або страхового посередника будь-яку вичерпну інформацію, що стосується страхового продукту «Медичне страхування»;
4.1.2. достроково припинити дію Договору страхування або відмовитися від Договору страхування в порядку, передбаченому Договору страхування та цими Загальними умовами;
4.1.3. ініціювати внесення змін до Договору;
4.1.4. ініціювати внесення змін до переліку Застрахованих осіб (включення та/або виключення Застрахованих осіб) в період дії Договору страхування з урахуванням умов цього Договору;
4.1.5. отримати дублікат Договору страхування у разі його втрати;
4.1.6. вимагати від Страховика дотримання конфіденційності щодо будь-якої інформації стосовно умов Договору страхування;
4.1.7. на отримання інформації про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;
4.1.8. на звернення з заявами, пропозиціями, скаргами;

4.1.9. оскаржити в порядку, передбаченому законодавством, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати.

4.2. **Страхувальник зобов'язаний:**

4.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

4.2.2. при укладенні Договору страхування повідомити Страховику всю наявну та достовірну інформацію та обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

4.2.3. повідомити Застраховану особу про укладений на її користь Договір страхування та ознайомити з умовами Договору страхування, роз'яснити порядок його дій у разі настання страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору страхування є необов'язковим;

4.2.4. протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;

4.2.5. на вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику, укласти додаткову угоду до Договору про внесення відповідних змін та сплатити додаткову страхову премію;

4.2.6. вживати всіх заходів для запобігання настання страхового випадку, усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику, для запобігання та зменшення наслідків події, що має ознаки страхового випадку, у тому числі розміру збитків, завданих внаслідок настання цієї події, а також виконувати рекомендації Страховика та компетентних органів;

4.2.7. після настання події, що має ознаки страхового випадку, надавати Страховику всю необхідну інформацію для встановлення факту настання події, що має ознаки страхового випадку, обставин та причин її настання, розміру збитків, документи, зазначені в Договорі, а також документи, що вимагаються Страховиком і безпосередньо пов'язані з подією;

4.2.8. для можливості здійснення страхової виплати повідомити Страховика про наявність у нього (Страхувальника) страхового інтересу;

4.2.9. дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам;

4.2.10. надавати на письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

4.2.11. повернути Страховику отриману суму страхової виплати в повному обсязі або в певній її частині, якщо протягом строку позовної давності будуть виявлені обставини, що відповідно до законодавства або умов Договору повністю чи частково позбавляють Страхувальника права на її (його) отримання, протягом 10 (десяти) робочих днів від дня, коли Страхувальнику стало відомо про наявність таких обставин;

4.2.12. виконувати інші зобов'язання передбачені Договором.

4.3. **Страховик має право:**

4.3.1. при укладанні Договору страхування вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки ступеня страхового ризику;

4.3.2. перевіряти достовірність інформації та документів, наданих Страхувальником, а також виконання (дотримання) умов Договору страхування;

4.3.3. визначати на власний розсуд необхідність направлення на місце події свого представника (за участю Страхувальника) та у разі направлення свого представника скласти акт огляду місця події (огляд може проводитись у присутності представника компетентних органів);

4.3.4. перевіряти всі надані Вигодонабувачем документи, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному Законом України «Про страхування», з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання події, що має ознаки страхового випадку, і визначенням розміру збитків;

4.3.5. самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин події, що має ознаки страхового випадку;

4.3.6. ініціювати внесення змін і доповнень до умов Договору страхування та/або дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором;

4.3.7. робити запити та одержувати відповіді від правоохоронних органів, підприємств, медичних закладів, установ і організацій, що володіють інформацією про страховий випадок, а також самостійно з'ясовувати факт, причини і обставини події, що має ознаки страхового випадку, та/або розмір вартості медичних послуг з урахуванням діючого законодавства України;

4.3.8. залучити за свій рахунок особу відповідної кваліфікації для розслідування обставин події, що може бути визнана страховим випадком;

4.3.9. відстрочити страхову виплату або відмовити у страховій виплаті повністю або частково, на умовах, передбачених Договором страхування;
4.3.10. скористатися іншими правами, передбаченими Договором.

4.4. Страховик зобов'язаний:

4.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Загальними умовами;
4.4.2. видати/надіслати Застрахованим особам Картки, де вказано номер індивідуальної Картки Застрахованої особи, контакти для звернення у разі настання страхового випадку;
4.4.3. вжити заходів щодо оформлення документів, наданих Застрахованою особою, для своєчасного здійсненнястрахової виплати;
4.4.4. у разі настання страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;
4.4.5. в строки, передбачені Договором, повідомити Застраховану особу про необхідність додаткової перевірки інформації щодо події, заявленої як страховий випадок, та продовження строків прийняття рішення щодо такого випадку;
4.4.6. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства;
4.4.7. не розголошувати відомостей про Страхувальника/потерпілих третіх осіб, що становлять таємницю страхування, крім випадків та порядку, встановлених законодавством України.
4.5. Страхувальник та Страховик можуть мати інші права і обов'язки, що передбачені Договором. Зазначений в цих Загальних умовах перелік прав та обов'язків сторін Договору страхування застосовується, якщо інше не передбачено Договором страхування.
4.6. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність:
4.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійсненнястрахової виплати з вини Страховика шляхом сплати пені в розмірі **0,01%** від суми несвоєчасно здійсненоїстрахової виплати за кожен робочий день прострочення, але не більше подвійної облікової ставкиНаціонального банку України, що діяла на момент прострочення.
4.6.2. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин) та їх наслідків, **які не існували під час укладання Договору страхування** та виникли поза волею Сторін. Під форс-мажорними обставинами розуміють, але якими не обмежуються: стихійні лиха, природні катастрофи, пожежі, повені, вибухи або землетруси, дії органів влади, війни, воєнні дії, в тому числі без проголошення війни. Єдиним належним та достатнім документом, щопідтверджує настання форс-мажорних обставин в цілому, атакож, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/абона тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих дорайону бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового таорганізаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національноїбезпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підставидля звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання)зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.
4.6.3. Страховик звільняється від відповідальності, страхова виплата не проводиться та надання будь-якоївигоди за Договору страхування не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов,резолюцій Організації Об'єднаних Націй або торгівельних або економічнихсанкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства абоСполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або перестраховику задоговором перестрахування, згідно з яким перестраховано Договір,здійснювати страхування або перестрахування або сплачувати страхову виплату за Договором або за договором перестрахування.

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

5.1. Зміни в Договір страхування вносяться шляхом укладання додаткових угод у письмовійформі по одному примірнику для кожної із Сторін, які є його невід'ємною частиною.
5.2. Зміни та доповнення до умов Договору страхування в період його дії вносяться за взаємною згодою Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в цей же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.
5.3. Якщо Страхувальник не згодний щодо внесення змін та сплати додаткової страхової премії у випадку, передбаченому в п. 4.2.5Загальних умов, Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому абзацом четвертим частини четвертої статті 105 Закону України «Про страхування» через невиконання Страхувальником умов Договору.

5.4. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договір продовжує діяти на попередніх умовах.
5.5. Дія Договору припиняється за взаємною згодою Сторін, а також у разі:
5.5.1. закінчення строку дії Договору страхування;
5.5.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. Договір вважається виконаним і його дія припиняється з дати здійснення страхових виплат, сума яких дорівнює розміру страхової суми за Договором;
5.5.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим в порядку, передбаченому п. 3.10.3 цих Загальних умов. Сторони дійшли згоди, що Страхувальник самостійно контролює терміни (строки) сплати чергових частин страхової премії, при цьому Страховик не зобов'язаний нагадувати про їх сплату;
5.5.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи – підприємця (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
5.5.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законом України;
5.5.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;
5.5.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.
5.6. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Страховик має право достроково припинити Договір страхування без згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.
5.7. У разі дострокового припинення Договору страхування за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю сторін Договору страхування.
5.8. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування:
5.8.1. Страхувальнику, – за таких обставин:
5.4.8.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору;
5.4.8.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору;
5.4.8.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39^3 Податкового кодексу України;
5.8.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, – в разі ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника –фізичної особи-підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування».
5.9. У разі дострокового припинення дії Договору страхуванняСтраховик повертає Страхувальнику повністю сплачену ним страхову премію у випадку:
5.9.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору;
5.9.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору;
5.9.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
5.9.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.
5.10. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику-правонаступнику та припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону України «Про страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля.
5.11. При достроковому припиненні дії Договору у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.
5.12. **Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору**, визначається у відсотках від страхового тарифу і складає **65%.**Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат та зазначаються в Договорі страхування.
5.13. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися у безготівковій формі.
5.14. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком у строки, визначені Договором страхування або законодавством України. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше, ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового

припинення дії Договору страхування у разі відсутності встановленого в Договорі страхування строку для такого повернення, крім випадків, передбачених законодавством України.
5.15. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, 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 в здійсненні страхової виплати.
5.16. Строк дії укладеного Договору не може бути продовженим.
5.17. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України. Договір визнається недійсним також у разі, якщо:
5.17.1. його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
5.17.2. відсутній об'єкт страхування;
5.17.3. Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
5.17.4. у Страхувальника відсутній страховий інтерес (на момент настання події, яка має ознаки страхового випадку).
5.18. У разі недійсності Договору (правочину) кожна із Сторін зобов'язана повернути другій Стороні все, що вона одержала на виконання цього Договору (страхові премії, страхові виплати тощо).

6. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім випадку, якщо за таким Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.
6.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі, при цьому відповідне повідомлення, за вибором Страхувальника, направляється в паперовій формі поштою на адресу Страховика, або подається безпосередньо в офісі Страховика або направляється у формі електронного документа у відповідності до вимог Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», на адресу info@upsk.com.uaіз зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів.
6.3. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти)робочих днів від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що з дня укладення Договору до дати прийняття рішення Страхувальником про відмову від Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

7. ПОРЯДОК ДІЙ УРАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком Застрахована особа зобов'язана негайно повідомити Асистанс або Страховика за контактними даними, зазначеними в Договорі страхування та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Картки Застрахованої особи, своє місцезнаходження та іншу інформацію на прохання представника Асистанса або Страховика. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Асистанс або 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.
7.2. Представник (лікар – координатор) Асистанса або Страховика проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає консультації та, у разі необхідності, організовує надання медичної допомоги у порядку та на умовах Договору страхування. Лікар-координатор направляє Застраховану особу в медичний заклад відповідно до Програми страхування та конкретного страхового випадку. Підбір медичного закладу знаходиться у компетенції лікаря-координатора Асистансу. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції представника Асистанса або Страховика.
7.3. В особливих випадках, при виникненні захворювання у Застрахованої особи, яке потребує надання спеціалізованих медичних послуг, що не можуть бути надані в Медичних закладах, передбачених Договором страхування, такі послуги можуть бути отримані Застрахованою особою в інших медичних установах при умові попереднього узгодження із Страховиком/Асистансом.
7.4. У випадку відсутності в регіоні, де проживає Застрахована особа, Медичних закладів, з якими співпрацює Страховик/Асистанс, Застрахована особа за погодженням зі Страховиком/Асистансом самостійно звертається до лікувально-профілактичного закладу та самостійно оплачує медичні послуги. В таких випадках страхова виплата здійснюється шляхом відшкодування Застрахованій особі самостійно витрачених коштів на умовах, визначених Договором та Програмою страхування.

7.5. Договором страхування може бути передбачений інший порядок дій Застрахованої особи у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.
7.6. Застрахована особа для отримання медичних послуг (крім послуг невідкладної медичної допомоги) повинна надати медичному закладу наступні документи:
7.6.1. Картку Застрахованої особи;
7.6.2. Документ, що посвідчує особу.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати вартості медичних та інших послуг, наданих медичними (та іншими) закладами Застрахованій особі відповідно до умов страхування , визначених Програмою страхування, Договором страхування. Страхова виплата може бути здійснена:
8.1.1. через Асистанс – Медичним та іншим закладам, що надали відповідні послуги Застрахованій особі;
8.1.2. безпосередньо Медичним закладам, що надали медичні послуги Застрахованій особі;
8.1.3. безпосередньо Застрахованій особі, яка за погодженням зі Страховиком/Асистансом самостійно оплатила вартість одержаних медичних та/або інших послуг.
8.2. Якщо Застрахована особа з метою одержання медичних послуг звернулася до Асистансу, то страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком через Асистанс або безпосередньо медичним закладам (з якими Страховик/Асистанс має договори про співпрацю), вартості медичних послуг, наданих Застрахованій особі.
8.3. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг самостійно (за умови попереднього погодження із Страховиком/Асистансом) та самостійної їх оплати, страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі у межах та обсязі, що передбачені Договором страхування , на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат на оплату медичнихпослуг.
8.4. Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі у розмірі вартості самостійно придбаних медикаментів у випадку, якщо зазначені медикаменти були призначені лікарем, але не були в розпорядженні медичного закладу, за умови попереднього погодження із Страховиком/Асистансом, на підставі документів, передбачених п. 20.9 Договору.
8.5. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактично сплаченої вартості наданих медичних послуг, попередньо погоджених зі Страховиком/Асистансом та призначених лікарем Медичного закладу.
8.6. Страхові виплати щодо однієї Застрахованої особи при настанні одного або декількох страхових випадків здійснюються в межах Лімітів відповідальності і не можуть перевищити страхову суму, передбачену Програмою страхування для цієї Застрахованої особи.
8.7. Після здійснення страхової виплати страхова сума та Ліміти за Програмою страхування для цієї Застрахованої особи зменшуються на суму страхової виплати (зменшуються Ліміти за тими опціями Програми страхування, за якими була здійснена страхова виплата).
8.8. Строк та порядок здійснення страхових виплат аптекам та медичним закладам, з якими Асистанс/Страховик має договори про співпрацю, визначається договорами з цими закладами.
8.9. При самостійному одержанні та оплаті Застрахованою особою медичних послуг (в тому числі в закладах охорони здоров’я, не передбачених Договором страхування, але при умові, що це було попередньо узгоджено зі Страховиком/Асистансом), Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі на підставі наступних документів:
8.9.1. Заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);
8.9.2. копії Договору (Картки Застрахованої особи);
8.9.3. копії паспорта (1-ї,2-ї сторінки та сторінки з інформацією про місце реєстрації) особи, що отримує страхову виплату;
8.9.4. довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків одержувачу страхової виплати;
8.9.5. виписки з карти амбулаторного/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;
8.9.6. рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
8.9.7. рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
8.9.8. касових та/або відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів.

8.10. Страховик приймає до розгляду оригінали документів, прості копії, завірені печатками закладу, який видав відповідний документ; прості копії, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;
8.11. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додатково документи, що підтверджують факт, причини, обставини настання події, що має ознаки страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу на додаткове обстеження з метою оцінки стану її здоров'я.
8.12. Якщо наданих Застрахованою особою документів недостатньо для прийняття рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті, Страховик має право вимагати у Застрахованої особи надання додаткових документів, якщо таке надання має істотне значення для визначення обставин та наслідків події. Вимога щодо надання додаткових документів повинна бути заявлена не пізніше 10-ти (десяти) робочих днів з дати отримання Страховиком останнього документу з перелікупередбаченого цим Розділом Загальних умов.
8.13. Якщо документи надані Страховику не в повному обсязі та/або в неналежній формі та/або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутній номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо) та/або видані органами та/або особами, які створені та/або обрані та/або призначені у не передбаченому законодавством України порядку, то такі документи вважаються Сторонами Договору як такі, що не надані Страховику, і, відповідно, страхова виплата не проводиться до ліквідації цих недоліків. Про це Страховик повідомляє Застраховану особу у письмовій формі.
8.14. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком всіх документів, які необхідні для підтвердження факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, та визначення розміру збитків, передбачених Договором, та відповідей від органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, фізичних осіб, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, на запити Страховика (перебіг зазначеного строку починається з дня одержання Страховиком останнього із перелічених документів), Страховик:
8.14.1. приймає рішення про визнання випадку страховим та здійснює страхову виплату протягом 3 (трьох) робочих днів з дня складання страхового акту;
8.14.2. у разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик протягом 3 (трьох) робочих днів з дати його прийняття повідомляє Застраховану особу про прийняте рішення з обґрунтуванням підстав відмови в паперовій формі на поштову адресу або узгоджений Сторонами.
8.15. Страховик, після здійснення страхової виплати, несе зобов'язання за Договором сирахуваннятільки в межах різниці між страховою сумою та сумою страхової виплати.
8.16. Датою страхової виплати є дата списання грошових коштів з рахунку Страховика.
8.17. Якщо після здійснення страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють одержувача страхової виплати права на її отримання або призвели до підвищення суми страхової виплати, то одержувач страхової виплати зобов'язаний повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин або отримання вимоги від Страховика.

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п. **Ошибка! Источник ссылки не найден.**. Загальних умов, повідомити Застраховану особу у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави для відмови.
9.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:
9.2.1. навмисні дії особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законодавством чи міжнародними звичаями;
9.2.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
9.2.3. подання Страхувальникомнеправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику або про факт настання страхового випадку;
9.2.4. несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
9.2.5. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником про Зміни ступеня страхового ризику протягом дії Договору;
9.2.6. створення Страхувальником та / або Застрахованими особами перешкод у визначенні обставин події, що має ознаки страхового випадку, характеру та розміру збитків (витрат);

9.2.7. ненадання Страховику оформлених належним чином документів, що підтверджують факт настання події, що має ознаки страхового випадку, розмір збитків та інших документів, подача яких передбачена Договором;
9.2.8. вчинення дій (бездіяльності), пов'язаних з непідкоренням владі;
9.2.9. наявність обставин, які є винятками зі страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;
9.2.10. невиконання Страхувальником своїх обов'язків за Договором.
9.3. Умовами Договору страхування можуть передбачатися інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить чинному законодавству.
9.4. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

10.ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.
10.2. Індивідуальні консультації щодо умов страхового продукту та рекомендації (пропозиції), яке саме страхове покриття максимально відповідатиме вимогам та потребам клієнта у страхуванні за страховим продуктом «Медичне страхування» не передбачено.
10.3. До укладення Договору страхування з метою прийняття Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору Страховик забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією:
10.3.1. про страховий продукт з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта;
10.3.2. про Страховика, в тому числі про відокремлений структурний підрозділ (у разі, якщо Договір укладено в такому структурному підрозділі)(інформація, що передбачена ст. 87 Закону України «Про страхування») та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника (інформація, що передбачена ст. 88 Закону України «Про страхування»);
10.3.3. в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».
10.4. Клієнт (потенційний Страхувальник) перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризикута надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування. Такою інформацією є:
10.4.1. відомості про Клієнта (потенційного Страхувальника):
10.4.1.1. фізична особа чи юридична особа;
10.4.1.2. сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
10.4.1.3. рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
10.4.2. відомості про осіб, яких Клієнт планує застрахувати:
10.4.2.1. кількість Застрахованих осіб;
10.4.2.2. П.І.Б., дата народження;
10.4.2.3. домашня адреса та номер телефону;
10.4.2.4. паспорт або інший документ, що посвідчує особу; РНОКПП;
10.4.2.5. територія дії Договору;
10.4.2.6. професія (рід занять);
10.4.3. строк дії Договору.
10.4.4. бажаний перелік медичних та інших послуг у складі Програми страхування;
10.4.5. можливі ліміти відповідальності, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
10.4.6. бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;
10.4.7. наявність страхового інтересу щодо Застрахованої особи;
10.4.8. наявність інших діючих договорів страхування, де об'єктом страхування є життя, здоров'я, Застрахованої особи;
10.4.9. підтвердження факту, що Застрахована особа не підпадає під ознаки особи, що не може бути застрахованою за Договором страхування.
10.5. Страхувальник протягом дії Договору зобов'язаний повідомляти про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (зміна ступеня страхового ризику) – зміна вірогідності (в більший або менший бік) настання страхового випадку та / або розміру можливих збитків.
10.6. Відповідальність за достовірність даних, наданих Страховику несе Страхувальник. Всі відомості, що надані Страховику мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику (ймовірність настання страхового випадку, розмір можливих збитків від його настання), а також розміру страхової премії.

10.7. Договір укладається в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформлюється у паперовій формі або в формі електронного документа, в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію або згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг».
10.8. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено Договором окремий порядок їх надання).

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

11.1. **Страховик не оплачує та не відшкодовує (якщо інше не передбачене Договором страхування або Програмою страхування):**
11.1.1. вартість медичних послуг, не передбачених Договором та відповідною програмою страхування;
11.1.2. вартість медичних послуг, що отримані поза межами місця дії Договору;
11.1.3. вартість лікування захворювань, на які Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору, крім станів їх загострення;
11.1.4. вартість медичних послуг за наслідками захворювань та травм, які сталися поза межами місця дії Договору;
11.1.5. вартість медичних послуг, що можуть бути надані за хворобою, не передбаченою Договором, а також вартість лікування та /або діагностики, не передбачених Договором;
11.1.6. вартість обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішення про подальшу тактику лікування;
11.1.7. витрати на перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду;
11.1.8. Витрати на послуги, надання яких не погоджене із Страховиком/Асистансом, в медичних закладах як з переліку Страховика, так і поза цим переліком.
11.1.9. Витрати на додаткові (альтернативні) консультації та обстеження;
11.1.10. Витрати на лікування СНІД та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму в т.ч. станів, захворювань, травм, опіків та отруєнь, отриманих внаслідок цих станів;
11.1.11. Витрати на діагностику та лікування травм чи іншого розладу здоров'я при управлінні Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння та/або без відповідних документів, а також при передачі нею управління особі, яка знаходиться в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння та/або без відповідних документів;
11.1.12. Витрати на лікування захворювань, за якими встановлена група інвалідності (1,2,3), інвалідність з дитинства та їх ускладнень; вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання;
11.1.13. Витрати на лікування професійних захворювань відповідно до висновку НДІ МОЗ України професійної патології (наприклад: асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);
11.1.14. Витрати на діагностику та лікування класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностика та лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в т.ч. гарднерельоз, уреоплазмоз, хламідіоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, за винятком кандидознихвульвовагінітів та баланопоститів, якщо вони не є складовою змішаної інфекції) ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус) вірус Епштейн – Барра;
11.1.15. Витрати на діагностику та лікування інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (в т.ч. амебіаз, лямбліоз, аскаридоз);
11.1.16. Витрати на діагностику та лікування усіх видів мікозів, онігомікозів, вірусних інфекцій шкіри, псоріазу, дерматитів, екземи, себореї, вугрової хвороби, алопеції, вітіліго, педикульозу, лепри; контагіозного молюску, корости, демодекозу, інших паразитарних захворювань, в т.ч. спричинених кліщами;
11.1.17. Витрати на діагностику та лікування вікових дегенеративно- дистрофічних змін і захворювань та їх ускладнень в т.ч.: катаракта, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз; остеохондроз (крім зняття гострого больового синдрому не більше як 5 днів); на діагностику міжхребцевих кил та протрузій дисків.
11.1.18. Витрати на діагностику та лікування цукрового діабету, туберкульозу, онкологічних захворювань (доброякісних та злоякісних) та їх ускладнень на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги тривалістю до 5 діб, якщо інше не передбачене Програмою страхування;
11.1.19. Витрати на діагностику та лікування Хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги тривалістю до 5 діб;

11.1.20. Витрати на лікування функціональних розладів органів травлення: дискінезії жовчовивідних шляхів, функціональний закріп, диспанкреатизм;
11.1.21. Діагностику дисбіозу, дисбактеріозу, за винятком дітей;
11.1.22. Витрати на діагностику та лікування системних захворювань сполучної тканини, ревматизму, аутоімунних та алергічних хвороб (крім невідкладних станів), демієлінізуючих захворювань, гормонально залежних захворювань, остеохондрозу (окрім невідкладних станів); саркоідозу, муковісцедозу;
11.1.23. Витрати на лікування комп'ютерного синдрому, синдрому сухого ока, глаукоми, міопії, косоокості;
11.1.24. Витрати на діагностику та лікування безпліддя, порушень сексуальної та репродуктивної функції; лікування дисгормональних станів, мастопатій, розладів менструального циклу, менопаузи, пременопаузи, синдрому виснажених яєчників, синдрому полікістозу яєчників тощо; аденоми простати, ендометріозу, фіброміоми, окрім невідкладних станів; діагностика та ведення вагітності; пологи (за винятком позаматкової вагітності), діагностика та лікування звичного невиношування вагітності, штучне переривання вагітності, незалежно від її строку, та в разі виникнення спонтанного аборту (за винятком вимушеного переривання вагітності внаслідок нещасного випадку або за медичними показами), витрати на лікування, процедури і препарати, які сприяють або попереджують вагітність; витрати на планування сім'ї.
11.1.25. Витрати на діагностику та лікування психічних захворювань, психопатій, неврозів, астено-депресивних станів, синдрому хронічної втоми, епілепсії, порушень мови, психосоматики, а також застосування психотропних, снодійних, седативних препаратів, антидепресантів, адаптогенів;
11.1.26. Витрати на діагностику та лікування вегето-судинної (нейро-циркуляторної) дистонії, за винятком надання допомоги при невідкладних станах тривалістю до 5 діб;
11.1.27. Вартість хондро- та гепатопротекторів, імуномодуляторів, біостимуляторів, пробіотиків (якщо інше не передбачене Програмою страхування), адаптогенів, психотропних (нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів), снодійних та заспокійливих засобів (персен та ін.) крім випадків, якщо вони є складовою частиною схеми лікування; препаратів, що знижують рівень ліпідів у крові, статинів, цитостатиків, препаратів-аналогів гонадотропін-рилізинг-гормону, золадексу, диферелін, забезпечення інгаляторами-пристроями (небулайзери тощо) та препаратів, які не внесені до Державного реєстру лікарських засобів України, та не є лікарськими засобами, якщо інше не передбачене Програмою страхування
11.1.28. Витрати на діагностику та лікування хвороб крові (окрім залізодефіцитної анемії 3 ст. та анемії спричиненої крововтратою), в т.ч. онкогематологічних захворювань;
11.1.29. Витрати на діагностику та лікування хронічних хвороб периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючийендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність), окрім невідкладних станів тривалістю до 5 діб;
11.1.30. Витрати на лікування бородавок, папілом, атером та доброякісних пухлин (в т.ч. ліпоми, поліпи, гемангіоми, гігроми) за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст тощо);
11.1.31. Витрати на медичне обстеження, якщо немає ніякого погіршення здоров'я, медичні комісії (для вступу до учбових закладів, водіїв, одержання дозволу на право придбання та зберігання зброї тощо), медичні маніпуляції на дому (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше), крім випадків для тяжкохворих пацієнтів з постільним режимом, виклик додому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних спеціалістів;
11.1.32. Витрати на лікування хронічної ниркової, печінкової та серцевої недостатності (окрім невідкладних станів тривалістю до 5 діб);
11.1.33. Витрати на діагностику та лікування гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс - гепатитів, цирозу печінки, гепатозу;
11.1.34. Вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправи для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, протезів, медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених органів тощо), наборів для артроскопії; скотч-каст;
11.1.35. Витрати на відбілювання зубів, нанесення напилювання, інкрустацію, застосування дорогоцінних металів, герметизацією фісур; покриття профілактичними засобами емалі, стоматологічну ремінералізуючу терапію, зубні пасти; шинування зубного ряду; заміну старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням; імплантацію зубів; вектор-терапія;
11.1.36. Витрати на лікування експериментального або дослідницького характеру.
11.2. **Якщо інше не передбачене Програмою страхування, Страховик не здійснює страхову виплату у разі витрат Застрахованої особи на:**
11.2.1. благодійні внески, будь-які послуги за абонементом;

11.2.2. Проведення будь-яких діагностичних послуг (в т.ч. ПЛР-тестів, ІФА, КТ та ін.), що здійснюються без медичних показань та не пов′язані з визначенням тактики лікування, що здійснюються за бажанням Застрахованої особи, діагностику при виїзді за кордон тощо;
11.2.3. профілактичні огляди, диспансерний нагляд, реабілітаційні та лікувально- оздоровчі заходи;
11.2.4. санаторно-курортне лікування, лікувальну фізкультуру, реабілітацію та відновлювальну терапію після перенесених травм та захворювань;
11.2.5. амбулаторне лікування по одному страховому випадку тривалістю понад 30 днів, медикаментозне лікування по одному страховому випадку тривалістю понад 30 днів;
11.2.6. такі дослідження та тести: скарифікаційні проби, алергологічні панелі, імунологічні та імуносерологічні дослідження за виключенням станів, що загрожують життю;
11.2.7. проведення МРТ, КТ та інших інструментальних методів обстеження, результати яких не впливають на тактику лікування основного захворювання, зняття гострого стану (діагностика кил та протрузійміжхребцевих дисків і т.п.);
11.2.8. медикаменти, призначені з метою профілактики, біостимулятори, косметичні засоби, засоби гігієни (в т.ч. сольові розчини), харчові та біологічні добавки, препарати з ПДВ, стимулятори загальної дії (бальзам Біттнера, Біовіталь тощо), ензими загальної дії (вобензим, флогензим тощо), хондропротектори, фітопрепарати, імуностимулятори, лікарські трави, препарати, що знижують рівень ліпідів крові, психотропні, ноотропні препарати, цитостатики, статини;
11.2.9. косметологічні послуги, пластичну хірургію, усі види протезування, імплантації та підготовку до протезування чи імплантації, коронарографію (крім випадків ліквідації смертельної небезпеки), шунтування та стентування судин, усі види корекції зору;
11.2.10. підбір методів контрацепції, встановлення та видалення внутрішньоматкових спіралей;
11.2.11. придбання та установку протезів різного характеру і призначень та допоміжних засобів медичного користування (контактних лінз, кардіостимуляторів, бандажів, імплантатів, корсетів тощо);
11.2.12. придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплату послуг донора, медичних послуг, пов’язаних з трансплантацією;
11.2.13. усі види лікування та обстеження методами нетрадиційної медицини (гомеопатія, шаманство, гіпноз, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, діагностика по Фолю тощо), застосування екстракорпоральних методів лікування (плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія тощо); ударно-хвильова терапія тощо); міофасціальний реліз.
11.2.14. Лікування захворювань, курс лікування яких був розпочатий до моменту набуття чинності цього Договору, хронічних захворювань у фазі ремісії та у фазі нестійкої ремісії,
11.2.15. Лікування захворювань, які набрали характер епідемій чи пандемії, при введенні уповноваженими державними органами комплексу карантинних заходів, та особливо небезпечними інфекціями (натуральна віспа, чума, холера, жовта лихоманка, туляремія, сибірська виразка);окрім епідемії грипу та коронавірусної інфекції, якщо це передбачене Програмою страхування;
11.2.16. Медичні довідки, відкриття та закриття лікарняного листка без огляду лікаря, оформлення лікарняного листка по догляду за дитиною;
11.2.17. Медичні маніпуляції на дому;
11.2.18. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх у лікувально-профілактичних закладах;
11.2.19. Послуги тренера при занятті в тренажерному (спортивному) залі, в басейні, косметичні послуги, послуги з педикюру;
11.2.20. Косметичний, профілактичний та оздоровчий масаж, водолікування та процедури, використання барокамери та лазерних технологій, спелеотерапія;
11.2.21. Послуги (у тому числі медикаменти), пов’язані з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями. Під поліпрагмазією розуміється одночасне необґрунтоване та недоцільне призначення хворому великої кількості різноманітних медичних препаратів, діагностичних або лікувальних процедур. Застосування двох і більше аналогічних препаратів відшкодуванню не підлягають;
11.2.22. Надання додаткового комфорту, а саме: кондиціонера, зволожувача повітря, послуг перукаря, косметолога, додаткового або поліпшеного харчування;
11.2.23. Медичні послуги, пов’язані з гіпнозом, психотерапією, послуги психоаналітика, психотерапевта, психіатра, психолога, логопеда, нарколога, гомеопата, народного цілителя, косметолога, сурдолога, імунолога, генетика, дієтолога, сексопатолога; виклик додому вузькопрофільних спеціалістів; послуги закордонних фахівців; послуги остеопата, логопеда, вертебролога, алерголога, лікаря ЛФК, повторні консультації фізіотерапевта. проведення курсу лікувального масажу без попереднього купування больового синдрому медикаментозним способом.

11.2.24. Додаткові (контрольні) консультації та обстеження; планове транспортування медичним транспортом із стаціонару додому, транспортування для отримання планових медичних послуг (планові консультації, перев'язки тощо), оплата послуг таксі.

11.3. **Не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів:**

11.3.1. Витрати на корекцію ваги, лікування порушень обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечокислий діатез, сечосольовий діатез тощо);

11.3.2. Лікування супутніх захворювань незалежно від стадії перебігу процесу, якщо таке лікування не є необхідним для лікування основного захворювання;

11.3.3. Які потребують постійної замісної терапії, тобто постійного лікування ферментами та/або гормональними препаратами (у т.ч. цукровий діабет), гормонозалежна бронхіальна астма тощо;

11.3.4. Які викликані свідомим спричиненням собі шкоди (в тому числі спроби самогубства) або пов'язані з відмовою від лікування, недотриманням призначень або лікувального режиму, самолікуванням; наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях, а також наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту (бокс, гірськолижний спорт, дельтапланеризм, ковзанярський спорт, підводний спорт, поло, подорожі місцевістю з гірським ландшафтом, санний спорт, спідвей, хокей, шорт-трек, парашутний спорт, альпінізм, баскетбол, бобслей, спортивна гімнастика, кінний спорт, карате, стрибки на лижах з трампліна тощо), якщо це спеціально не передбачено Договором страхування;

11.3.5. Які виникли внаслідок скоєння Застрахованою особою злочину.

11.4. Якщо інше не передбачене Договором страхування Страховик не визнає страховим випадком подію та не здійснює страхову виплату, якщо випадок стався внаслідок:

11.4.1. впливу ядерного вибуху, випромінювання, застосування ядерної зброї, ядерного інциденту радіації або радіоактивного зараження, впливу проникної радіації, радіоактивного забруднення будь-яким ядерним паливом або відходами внаслідок згоряння ядерного палива, впливу іонізуючого випромінювання або радіоактивного забруднення;

11.4.2. збройної агресії, воєнних дій, а саме: вторгнення, дій іноземних держав (при оголошенні війни або без оголошення війни), воєнних/збройних конфліктів, дії незаконних збройних формувань, диверсії, повалення/захоплення влади або спроби таких дій, посягання на територіальну цілісність, мародерства, агресії іншої держави або заходів щодо її подолання, вторгнення військ іншої держави або несанкціонований перетин кордону військами іншої держави або будь-яких інших дій за політичними, економічними, соціальними мотивами; дії мін, торпед, бомб, гранат, снарядів, інших будь-яких бойових припасів та або знарядь війни; дії будь-яких вибухових речовин або пристроїв, що використані з метою пошкодження або знищення майна та/або завдання шкоди здоров'ю або життю людей;

11.4.3. терористичного акту, громадянської війни, масових заворушень усякого роду, порушень громадського порядку, терористичної або антитерористичної діяльності, страйків, заколотів, локаутів, повстань, революцій, узурпації влади, самоуправства, цивільних безладь; державних переворотів, актів тероризму, військової диктатури.

11.5. За Договором Страховик не відшкодовує:

11.5.1. сплату штрафів, пені та інших (у тому числі адміністративних) санкцій, визначених будь-яким договором чи законом;

11.5.2. моральну шкоду, упущену вигоду, інші непрямі збитки;

11.5.3. шкоду, заподіяну власному майну Страхувальника або майну, що використовується Страхувальником на підставі договору оренди (лізингу);

11.5.4. витрати на лікування захворювань, клінічних станів потерпілої третьої особи, які не мають клінічно вираженої картини перебігу, та не підтверджені відповідними документами закладів охорони здоров'я;

11.5.5. збитки/претензії та вимоги, які відбулися або були подані до початку дії Договору;

11.5.6. шкоду/збитки, не підтверджені документально;

11.5.7. неотриманий (втрачений) дохід (включаючи відсотки, неустойки).

11.6. Умовами Договору страхування можуть передбачатися також інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, якщо це не суперечить законодавству.

11.7. **Обмеження страхування.**Договір страхування не може бути укладений по відношенню до наступних категорій осіб (якщо інші категорії осіб не передбачені Договором страхування):

11.7.1. недієздатних фізичних осіб за станом здоров'я;

11.7.2. є громадянином російської федерації або республіки білорусь;

11.7.3. ВІЛ-інфікованих та осіб, які мають ВІЛ-асоційовані захворювання, хворих на СНІД;

11.7.4. які мають злоякісні новоутворення будь-якої локалізації (в тому числі крові), доброякісні новоутворення центральної нервової системи (головного та спинного мозку), демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи (розсіяний склероз, гострий розсіяний енцефаломієліт та

інші), хронічну ниркову недостатність, цироз печінки, інфаркт міокарду, інсульт (гостре порушення мозкового кровообігу), легеневий та поза легеневий туберкульоз, епілепсію;
11.7.5. інвалідів I та II групи, дитина з інвалідністю;
11.7.6. які мають вроджені захворювання;
11.7.7. хворих на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
11.7.8. хворих на нервові та психічні розлади (шизофренію тощо), знаходиться(лась) на обліку в психоневрологічному та/або наркологічному диспансері.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Усі спори між Сторонами Договору вирішуються шляхом проведення переговорів.
12.2. У разі неможливості вирішення спору шляхом переговорів, він вирішується у судовому порядку передбаченому законодавством України.
12.3. У разі, якщо положення Договору суперечать або тлумачяться іншим чином, ніж положення Загальних умов, перевагу мають положення Договору.

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

Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія»
Поштова адреса для направлення документів/листування: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 40
Номер телефону для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку: **0-800-507-050**
Адреса електронної пошти: info@upsk.com.ua

Асистуюча компанія Страховий брокер SmartISP
Номер телефону для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку+380 (44) 364-85-10 (багатоканальний), при невідкладнихвипадках +380 (44) 364-77-78.
особистийкабінет: https://my.smart.co.ua,
e-mail: 112@smart.co.ua