

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«ТУРБОТА 24/7 для кожного»
(код продукту 532)**

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

№ з/п	Вид інформації	Інформація Страховика
1	2	3
1	1. Інформація про Страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	Приватне акціонерне товариство "Українська пожежно-страхова компанія", код за ІКЮО 20602681
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Дата видачі 30.04.2024 р. Відомості про ризики / класи включені до Ліцензії за посиланням https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/pubdoc/upsk_vityag_3.pdf
4	Місцезнаходження страховика	04080, Україна, м.Київ, вул.Кирилівська,40.
5	Адреса офіційного веб сайту страховика	https://upsk.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» Особам, що бажають застрахуватися від витрат у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмами та отриманням консультативної та іншої допомоги, пов'язаної з наданням медико-санітарної допомоги, пропонується укласти із Страховиком Договір медичного страхування (далі – Договір) згідно з Загальними умовами страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного», затвердженими наказом Голови Правління № 105 від 16.07.2025, початок дії з 21.07.2025 (далі - Загальні умови). Об'єктом страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим ризиком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Сервісної служби Страховика (далі – Сервісна служба) або самостійно до будь – якого медичного закладу за вибором Застрахованої особи за попереднім погодженням із Сервісною службою або Страховиком у зв’язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмами та отриманням консультативної та іншої допомоги, пов’язаної з наданням медико-санітарної допомоги у межах переліку та відповідних лімітів зобов’язань Страховика згідно з умовами страхування. Страховим випадком визнається подія (настання страхового ризику), яка відбулася протягом строку дії цього Договору та з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити страхову виплату у порядку та на умовах цього Договору. Обмеження страхування. Вік Застрахованої особи від 7 до 75 років. За Договором не можуть бути застрахованими: - недієздатні фізичні особи за станом здоров’я; - ВІЛ-інфіковані особи та особи, які мають ВІЛ-асоційовані захворювання, особи хворі на СНІД; - особи, 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; - особи з інвалідністю I та II групи, особи, яким встановлено категорію «дитина з інвалідністю»; - особи, які мають вроджені захворювання; - особи хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; - особи хворі на нервові та психічні розлади (шизофренію тощо), які знаходяться(лись) на обліку в психоневрологічному та/або наркологічному диспансері.
9	Територія та строк дії договору страхування	Територію дії Договору є 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. Строк дії договору три, шість або дванадцять місяців. Строк дії договору не продовжується.

10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Страхова сума - 50 000,00 грн, без обмежень по кількості звернень та страхових випадків за договором страхування. Ліміти відповідальності: - Невідкладна (протягом перших 3-12-ти годин) госпіталізація та лікування при гострих станах/ захворюваннях, в тому числі в комерційні медичні заклади при наявності в регіоні - 10 000 грн на 1 страховий випадок. - Діагностика та лікування травм, гострих станів, отриманих в результаті воєнних дій, як в умовах травмпункту, так і стаціонару, в тому числі комерційних, при наявності в регіоні - 10 000 грн на 1 страховий випадок.
11	Франшиза	Не застосовується.
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	Мінімальна страхова премія : 330 грн. Максимальна страхова премія: 9000 грн.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страхова премія сплачується Страхувальником на рахунок Страховика або страхового посередника одноразово за весь період дії Договору в день його укладення, за реквізитами, які надані Страховиком чи його представником при укладанні Договору.
14	Обов'язки сторін	1. Страхувальник зобов'язаний: 1.1. Сплачувати Страховику страхові платежі у порядку та строки, встановлені Договором; 1.2. Повідомити Застраховану особу в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, про укладений на її користь Договір; 1.3. При укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, які зазначені у п.10.4. Загальних умов; 1.4. Протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії (страхового платежу) за Договором, які зазначені у п.10.5. Загальних умов; 1.5. На вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику, укласти додаткову угоду до Договору про внесення відповідних змін та сплатити додаткову страхову премію або змінити обсяг страхового покриття; 1.6. Страхувальник зобов'язується не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги Страховика надати останньому належним чином засвідчені копії (або оригінали) документів, які стосуються Страхувальника або Застрахованих осіб за Договором, які Страховик вправі вимагати у відповідності до чинного законодавства України стосовно регулювання ринку фінансових послуг, а також щодо запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом; 1.7. У межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення впливу несприятливих чинників на стан здоров'я Застрахованих осіб;

		1.8. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку; 1.9. Не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, що стосується обставин Договору, якщо тільки це не відповідає вимогам законодавства України; 1.10. Дотримуватись умов Договору; 1.11. Виконувати інші обов'язки передбачені Договором та законодавством України. 2. Застрахована особа зобов'язана: 2.1. Достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику; 2.2. Надати Страховику/Сервісній службі право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та на час звернення; 2.3. Виконувати рекомендації Страховика/Сервісної служби щодо дій Застрахованої особи при настанні події, що може бути визнана страховим випадком; 2.4. При настанні події, яка має ознаки страхового випадку, діяти згідно з Розділом 7 Загальних умов; 2.5. Надавати Страховику та/або Сервісній службі можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи з урахуванням діючого законодавства України; 2.6. Для отримання страхової виплати (у випадку самостійної сплати вартості медичних послуг при настанні страхового випадку) надати Страховику всі необхідні документи, передбачені Договором, а також на вимогу Страховика інші додаткові документи для встановлення факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку, а також розміру вартості медичних послуг; 2.7. Надавати Страховику необхідну достовірну інформацію щодо події, що може бути визнана Страховиком страховим випадком; 2.8. Виконувати інші обов'язки, передбачені Договором та законодавством України. 2.9. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою/малолітньою, зобов'язання за Договором несе її уповноважений представник (один із батьків, усиновитель, опікун, піклувальник тощо). 3. Страховик зобов'язаний: 3.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування, Загальними умовам; 3.2. При настанні страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк; 3.3. Протягом 2-х (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування; 3.4. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону; 3.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника / Застраховану особу та його(її) майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законодавством України.
--	--	---

		4. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність: 4.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати з вини Страховика шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожен робочий день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла на момент прострочення. 4.2. Страхувальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) несуть майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше ніж подвійна облікова ставка Національного банку України, що діяла в період, за який нараховується пеня. 5. 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: стихійне лихо, природні катастрофи, пожежі, повені, вибухи або землетруси, дії органів влади, війни, воєнні дії, в тому числі без проголошення війни. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання форсмажорних обставин в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Дія Договору достроково припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: - закінчення строку дії Договору; - виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі; - ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності; - ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; - прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним; - в інших випадках, передбачених чинним законодавством України та Договором. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії

		договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за цим страховим продуктом, яка закладається у страховий тариф під час його обчислення, складає 80%. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів та крім випадку, якщо за таким Договором повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку 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.ua з зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів. 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.
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	1. При настанні страхового випадку організація медичних послуг для Застрахованої особи цілодобово здійснюється Сервісною службою відповідно до умов Договору. 2. У разі необхідності одержання медичних послуг, Застрахована особа зобов'язана негайно звернутися за телефоном 0-800-507-050, або +38-063-880-19-12 та повідомити наступну інформацію:

		2.1. прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи; 2.2. номер Договору страхування; 2.3. причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям Застрахованої особи); 2.4. своє місцезнаходження; 2.5. день та зручний час для отримання медичної допомоги; 2.6. контактний телефон. 3. На підставі отриманих даних лікар-координатор приймає рішення щодо організації медичних послуг та забезпечення медикаментами згідно з умовами Договору та здійснює наступні дії: 3.1. надає рекомендації щодо подальших дій Застрахованої особи; 3.2. організовує надання медичних послуг, медичної допомоги.
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати вартості медичних послуг та медикаментів, наданих медичними закладами Застрахованій особі, відповідно до Договору, безпосередньо Застрахованій особі, яка за погодженням зі Страховиком/Сервісною службою самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг в умовах невідкладного стаціонарного лікування в тому числі ті, що не покриваються програмою медичних гарантій з медичного обслуговування населення. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг самостійно, за умови попереднього погодження із Страховиком/Сервісною службою та самостійної їх оплати, страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі у межах та обсязі, що передбачені Договором, на підставі документів, зазначених у п.8.7. Загальних умов, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат на медичну допомогу, крім благодійних внесків. 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 або не покриваються програмою медичних гарантій з медичного обслуговування населення, за умови попереднього погодження із Страховиком/ Сервісною службою, на підставі документів, передбачених п.8.7. Загальних умов. Рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання необхідних документів від Застрахованої особи; Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати письмово повідомляється Застрахованій особі з обґрунтуванням причин відмови протягом 3 (трьох) робочих днів з дня прийняття такого рішення. Страхова виплата здійснюється протягом 3 (трьох) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про таку виплату. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика. Повний порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат зазначено у Розділі 8 Загальних умов.

19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	1. Страховик не відшкодовує: 1.1. вартість медичних послуг, що не передбачені Договором або отримані поза межами місця дії Договору; 1.2. витрати на лікування СНІД та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму в тому числі станів, захворювань, травм, опіків та отруєнь, отриманих внаслідок цих станів; 1.3. витрати на лікування захворювань, за якими встановлена група інвалідності (І, ІІ), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; 1.4. витрати на лікування вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових захворювань; 1.5. витрати на лікування професійних захворювань відповідно до висновку НДІ МОЗ України професійної патології (наприклад: асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба тощо); 1.6. витрати на діагностику та лікування хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність) окрім невідкладних станів; 1.7. витрати на лікування хронічної ниркової, печінкової та серцевої недостатності (окрім станів загострень); 1.8. 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; 1.9. благодійні внески; 1.10. моральну шкоду та упущену вигоду. 2. Підставою (причиною) для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є: 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; 2.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 2.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику або про факт настання страхового випадку; 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); 2.5. невиконання чи неналежне виконання Страхувальником, Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору, а також невиконання чи неналежне виконання умов Договору, вимог чинного законодавства України; 2.6. отримання Застрахованою особою медичних послуг без погодження зі Страховиком/ Сервісною службою та призначень
----	---	---

		лікаря медичного закладу, крім випадків ліквідації смертельної небезпеки для життя Застрахованої особи; 2.7. отримання медичної допомоги, не передбаченої Договором; 2.8. ненадання Застрахованою особою доступу до медичної документації на запит Страховика для з'ясування причин та обставин настання страхового випадку; 2.9. невиконання Застрахованою особою призначень (лікування та обстеження) лікуючого лікаря або порушення призначеного лікуючим лікарем лікарняного режиму, а також відмова Застрахованої особи проходити обстеження, необхідне для постановки остаточного діагнозу та призначення лікування; 2.10. наявність обставин, які є винятками зі страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 11 Загальних умов.
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір укладається в письмовій формі – у паперовій формі або у формі електронного документу.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Агентська мережа
23	Інша інформація про страховий продукт	Відсутня
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного» розміщені на офіційному сайті за посиланнями: https://upsk.com.ua/dbs.8.files/upload/file/sp/532.1_zusp_turbota24_kozhnogo.pdf