



Загальні умови страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного» № 532.1

Публічна частина договору медичного страхування
«ТУРБОТА 24/7 для кожного»

Ця редакція Загальних умов страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного» № 532.1 діє з «21» липня 2025 року та припиняє дію із затвердженням та введенням у дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного».

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 страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного» 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 «ТУРБОТА 24/7 для кожного» (далі – **Договір / Договір страхування**) відповідно до цих Загальних умов страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного» за ризиком «Медичне страхування» в межах класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

1.3. Страховий продукт «ТУРБОТА 24/7 для кожного» є стандартним страховим продуктом із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

1.4. Загальні умови страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного» є **пропозицією-офертою** (далі – **Загальні умови-Оферта, Загальні умови**), яка задовольняє потреби та інтереси клієнтів (фізичних, фізичних осіб-підприємців та юридичних осіб) в отриманні страхової послуги, та є **публічною частиною Договору**. Договори укладаються шляхом приєднання у розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, а саме: клієнт може приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору. Загальні умови-Оферта розміщені на офіційному веб-сайті Страховика <https://upsk.com.ua/>.

1.5. Договір страхування складається з двох частин: Індивідуальної частини та цих Загальних умов-Оферти (публічна частина договору). Укладення Договорів страхування здійснюється в порядку, викладеному в Розділі **Ошибка! Источник ссылки не найден.** цих Загальних умов-Оферти.

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

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. **Сервісна служба страховика (Сервісна служба)** - суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (послуги) Застрахованим особам 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. **Код в ЄДР** – ідентифікаційний код в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

2.1.5. **Ліміт відповідальності** – 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.

2.1.6. **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. До Медичних закладів можуть також відноситися установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та/або послуг з реабілітації, зокрема, оздоровчо-профілактичні заклади (басейни, тренажерні зали тощо), компанії, що не є структурним підрозділом Страховика, з якими Страховик уклав договори про обслуговування Застрахованих осіб.

2.1.7. **Страхова виплата** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування. 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.

2.1.8. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська пожежно-страхова компанія» (фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України).

2.1.9. **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.

2.1.10. **Сторони Договору** – Страховик та Страхувальник.

2.1.11. **Страхова премія** (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

2.1.12. **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.

2.1.13. **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.

2.1.14. **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.

2.1.15. **Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба Страхувальника у страхуванні ризиків, пов'язаних з пов'язаних з життям, здоров'ям Застрахованої особи.

2.1.16. **Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

2.1.17. **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.

2.1.18. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з 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.

3.2. **Об'єктом страхування** є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

3.3. За Договором страхування Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначені Договором страхування строк і розмірі та виконувати інші умови Договору страхування, 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 звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Сервісної служби 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.

3.5. **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.

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

3.7. У Договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми (Ліміти відповідальності) по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, за певними видами медичної та іншої допомоги, що зазначаються у Індивідуальній частині Договору.

3.8. **Франшиза** не застосовується.

3.9. **Строк дії Договору** зазначається в Договорі страхування.

3.10. **Страхове покриття** діє протягом строку дії Договору з урахуванням умов Договору.

3.11. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, визначеного як дата початку строку дії Договору, але не раніше ніж через 24 години після надходження на поточний рахунок Страховика у повному обсязі страхової премії згідно з Індивідуальною частиною Договору.

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

3.13. Якщо Договір не набув чинності в зв'язку з неповною сплатою страхової премії у визначені Договором строки, а також у разі сплати простроченої страхової премії (її недоплаченої частини) в строк, що перевищує 10 (десять) календарних днів з дати, вказаної як дата граничного терміну її сплати, повернення Страховиком Страхувальнику сплачених страхових премій здійснюється виключно на підставі письмової заяви Страхувальника на адресу Страховика із зазначенням реквізитів для їх перерахування Страхувальнику.

3.14. **Умови страхування.** Страховик відшкодовує наступні послуги:

Опція	Послуги, що відшкодовуються Страховиком
Доктор-онлайн	Онлайн консультація кваліфікованого лікаря: - з медичних питань; - за результатами лабораторних обстежень (отриманих Застрахованою особою за власний рахунок). Видача рекомендацій кваліфікованого лікаря; Виписка рецептів.
Екстрена і невідкладна госпіталізація	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. Ліміт відповідальності Страховика 10 000 грн на 1 страховий випадок.
Допомога при ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)	- Онлайн консультація психолога/психотерапевта; - Онлайн діагностика та призначення необхідного лікування.
Військові ризики	- 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. Ліміт відповідальності Страховика 10 000 грн на 1 страховий випадок.

3.15. Страхувальник сплачує страхову премію виключно у національній валюті України.

3.16. Страхові виплати здійснюються у національній валюті України.

3.17. **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.

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 та отримувати від Страховика або страхового посередника будь-яку вичерпну інформацію, що стосується страхового продукту «ТУРБОТА 24/7 для кожного»;

4.1.2. Отримати дублікат Договору у випадку втрати оригіналу;

4.1.3. В порядку, передбаченому Розділом 5 Загальних умов, ініціювати дострокове припинення його дії;

4.1.4. Відмовитися від Договору страхування в порядку, передбаченому Розділом 6 Загальних умов;

- 4.1.5. Ініціювати внесення змін до Договору;
- 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. **Застрахована особа має право:**
- 4.2.1. Одержувати медичні послуги та отримати страхову виплату у порядку та на умовах, визначених у Договорі;
- 4.2.2. Повідомляти Страховику про випадки ненадання медичних послуг за Договором, неповного чи неякісного надання медичної допомоги;
- 4.2.3. Вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
- 4.2.4. У разі розладу здоров'я відвідувати медичні заклади за умови попереднього погодження із Сервісною службою;
- 4.2.5. Реалізовувати інші права, передбачені законодавством України.
- 4.3. **Страхувальник зобов'язаний:**
- 4.3.1. Сплачувати Страховику страхові платежі у порядку та строки, встановлені Договором;
- 4.3.2. **Повідомити Застраховану особу в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, про укладений на її користь Договір;**
- 4.3.3. 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;
- 4.3.4. 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;
- 4.3.5. 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;
- 4.3.6. 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;
- 4.3.7. У межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення впливу несприятливих чинників на стан здоров'я Застрахованих осіб;
- 4.3.8. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 4.3.9. Не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, що стосується обставин Договору, якщо тільки це не відповідає вимогам законодавства України;
- 4.3.10. Дотримуватись умов Договору;
- 4.3.11. Виконувати інші обов'язки передбачені Договором та законодавством України.
- 4.4. **Застрахована особа зобов'язана:**
- 4.4.1. Достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;
- 4.4.2. Надати Страховику/ Сервісній службі право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та на час звернення;
- 4.4.3. Виконувати рекомендації Сервісної служби/Страховика щодо дій Застрахованої особи при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;
- 4.4.4. При настанні події, яка має ознаки страхового випадку, діяти згідно з Розділом 7 Загальних умов;
- 4.4.5. 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;
- 4.4.6. 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;
- 4.4.7. Надавати Страховику необхідну достовірну інформацію щодо події, що може бути визнана Страховиком страховим випадком;

- 4.4.8. Виконувати інші обов'язки, передбачені Договором та законодавством України.
- 4.4.9. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою/малолітньою, зобов'язання за Договором несе її уповноважений представник (один із батьків, усиновитель, опікун, піклувальник тощо).
- 4.5. Страховик має право:**
- 4.5.1. Перевіряти надану Страхувальником інформацію та вимагати від Страхувальника повного розкриття всіх фактів, що стосуються предмету Договору, отримати від Страхувальника всю інформацію та документи для укладання Договору та оцінки ступеня страхового ризику;
- 4.5.2. Робити запити до 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;
- 4.5.3. Залучити за свій рахунок особу відповідної кваліфікації для розслідування обставин події, що може бути визнана страховим випадком;
- 4.5.4. Контролювати виконання Страхувальником, Застрахованою особою вимог та умов Договору;
- 4.5.5. Відмовити у страховій виплаті повністю або частково, на умовах, передбачених Договором та/або чинним законодавством України;
- 4.5.6. Відмовити Застрахованій особі в оплаті медичних послуг, не передбачених Договором та/або, які не відповідають Наказам/клінічним протоколам, затвердженим МОЗ України;
- 4.5.7. У разі, якщо в період дії Договору Страховику стануть відомі такі обставини, що унеможливають подальшу дію Договору (надання Страхувальником недостовірної інформації щодо предмету Договору, наявність ознак шахрайських дій з боку Страхувальника/Застрахованої особи тощо), Страховик має право припинити дію цього Договору в цілому або відносно такої Застрахованої особи з дати, коли стали відомі такі обставини;
- 4.5.8. Ініціювати внесення змін до Договору:
- 4.5.8.1. При цьому відмова Страхувальника від внесення змін до Договору та/або сплати додаткового страхового платежу у разі збільшення ступеню страхового ризику дає право Страховику припинити дію Договору протягом 10 (десяти) календарних днів з дати такої відмови з наслідками, передбаченими цими Загальними умовами;
- 4.5.8.2. В інших випадках, передбачених Договором.
- 4.5.9. Ініціювати припинення дії Договору в порядку, передбаченому Розділом 5 Загальних умов.
- 4.6. Страховик зобов'язаний:**
- 4.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування, Загальними умовам;
- 4.6.2. При настанні страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;
- 4.6.3. 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;
- 4.6.4. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону;
- 4.6.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника / Застраховану особу та його(її) майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законодавством України.
- 4.7. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність:
- 4.7.1. 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.
- 4.7.2. 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.
- 4.8. 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.

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

5.1. Зміни в Договір вносяться шляхом укладання додаткових угод у письмовій формі по одному примірнику для кожної із Сторін, які є його невід'ємною частиною. Зміни до договору надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір.

5.2. Зміни та доповнення до умов Договору 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. Сторони домовились, що інформація про зміну відомостей про страхового посередника, указанного в Договорі, або заміну такого страхового посередника надається Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня зміни такої інформації в один із наступних способів (за вибором Страховика):

- шляхом направлення Страхувальнику письмового повідомлення. При цьому, повідомлення повинно містити інформацію в обсязі відомостей про страхового посередника, що надаються при укладанні Договору, та здійснюється рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи кур'єром за адресою, зазначеною у Договорі або шляхом вручення особисто Страхувальнику;

- шляхом направлення Страхувальнику заяви про внесення змін до Договору. При цьому зміни до Договору вносяться в порядку внесення змін, передбаченому Договором.

5.4. Зміни до Договору надаються Страхувальнику у паперовій формі (вручаються особисто Страхувальнику, надсилаються рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи кур'єром за адресою, зазначеною у Договорі) або електронній формі (надсилаються за адресою електронної пошти, наданою Страхувальником) в залежності від форми, в якій укладена додаткова угода.

5.5. Якщо Страхувальник не згодний щодо внесення змін та сплати додаткової страхової премії у випадку, передбаченому в п.4.3.5. Загальних 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.

5.6. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договору продовжує діяти на попередніх умовах.

5.7. Дія Договору припиняється за взаємною згодою Сторін, а також у разі:

5.7.1. закінчення строку дії Договору страхування;

5.7.2. 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;

5.7.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи – підприємця (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

5.7.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законом України;

5.7.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

5.7.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

5.8. 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. Страховик має право достроково припинити Договір страхування без згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору, якщо інше не передбачено законодавством України.

5.9. 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.

5.10. 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:

5.10.1. Страхувальнику, – за таких обставин:

5.10.10.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору;

5.10.10.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору;

5.10.10.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 39³ Податкового кодексу

України;

5.10.2. 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».

5.11. У разі дострокового припинення дії Договору страхування Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачену ним страхову премію у випадку:

5.11.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору;

5.11.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору;

5.11.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;

5.11.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.

5.12. 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.

5.13. При достроковому припиненні дії Договору у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

5.14. **Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору**, визначається у відсотках від страхового тарифу і складає **80%**. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат та зазначаються в Індивідуальній частині Договору.

5.15. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися у безготівковій формі.

5.16. 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.

5.17. 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.

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:

6.1.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

6.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.

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.ua із 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 У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При настанні страхового випадку організація медичних послуг для Застрахованої особи цілодобово здійснюється Сервісною службою відповідно до умов Договору.

7.2. 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:

7.2.1. прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи;

- 7.2.2. номер Договору страхування;
- 7.2.3. причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям Застрахованої особи);
- 7.2.4. своє місцезнаходження;
- 7.2.5. день та зручний час для отримання медичної допомоги;
- 7.2.6. контактний телефон.
- 7.3. На підставі отриманих даних лікар-координатор приймає рішення щодо організації медичних послуг та забезпечення медикаментами згідно з умовами Договору та здійснює наступні дії:
- 7.3.1. надає рекомендації щодо подальших дій Застрахованої особи;
- 7.3.2. організовує надання медичних послуг, медичної допомоги.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 8.1. 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.
- 8.2. 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.
- 8.3. 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.
- 8.4. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру вартості фактично наданих медичних послуг, попередньо погоджених зі Страховиком/Сервісною службою та призначених уповноваженим лікарем медичного закладу.
- 8.5. 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 Договором для цієї Застрахованої особи.
- 8.6. Після здійснення страхової виплати Ліміти відповідальності для цієї Застрахованої особи зменшуються на суму страхової виплати (зменшуються Ліміти за тими опціями, за якими була здійснена страхова виплата).
- 8.7. У випадках, при одержанні Застрахованою особою медичних послуг самостійно, але при умові, що це було попередньо узгоджено зі Страховиком/Сервісною службою, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі на підставі наступних документів:
- 8.7.1. Заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);
- 8.7.2. копії Індивідуальної частини Договору;
- 8.7.3. копії паспорта (1-ї, 2-ї сторінки та сторінки з інформацією про місце реєстрації) особи, що отримує страхову виплату;
- 8.7.4. довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків одержувачу страхової виплати;
- 8.7.5. 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 захворювання, діагнозу, обсягу наданих медичних послуг;
- 8.7.6. рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
- 8.7.7. рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
- 8.7.8. касових та/або відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів.
- 8.7.9. У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця-фізичної особи (ФОП), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а при зверненні в будь-який лікувальний заклад приватної форми власності поза переліком Страховика/Сервісної служби - також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг отриманих Застрахованою особою.
- 8.8. 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;

8.9. 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 переліку, передбаченого п.8.7. Загальних умов.

8.10. 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.

8.11. Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору на підставі страхового акту із визначенням розміру страхової виплати.

8.12. Строк прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у страховій виплаті:

8.12.1. 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;

8.12.2. 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.

8.13. 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.

8.14. Страхові виплати здійснюються в грошовій одиниці України.

8.15. 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. Підставою (причиною) для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

9.1.1. 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;

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

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

9.1.4. 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);

9.1.5. 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;

9.1.6. 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;

9.1.7. отримання медичної допомоги, не передбаченої Договором;

9.1.8. ненадання Застрахованою особою доступу до медичної документації на запит Страховика для з'ясування причин та обставин настання страхового випадку;

9.1.9. 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;

9.1.10. наявність обставин, які є винятками зі страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 11 Загальних умов.

9.2. 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 Клієнта (потенційного 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 «ТУРБОТА 24/7 для кожного» не передбачено.
- 10.3. До укладення Договору з метою прийняття Клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору, Страховик надає Клієнту доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачено частинами 2 - 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 86, 87, 88 Закону України «Про страхування» консолідовану у документі «Інформація про страховий продукт, страховика та страхового посередника згідно з вимогами статей 86, 87, 88 Закону України «Про страхування»».
- 10.4. Клієнт (потенційний Страхувальник) перед укладенням Договору зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та 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);
- 10.4.2. 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. рід занять Застрахованих осіб;
- 10.4.3. строк дії Договору;
- 10.4.4. наявність страхового інтересу щодо Застрахованих осіб;
- 10.4.5. наявність інших діючих договорів страхування, де об'єктом страхування є життя, здоров'я, Застрахованої особи;
- 10.4.6. підтвердження факту, що Застрахована особа не підпадає під ознаки особи, що не може бути застрахованою за Договором страхування згідно п.11.2. Загальних умов.
- 10.5. Страхувальник протягом дії Договору зобов'язаний повідомляти Страховика 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. До таких обставин належать:
- 10.5.1. рід занять Застрахованих осіб;
- 10.5.2. укладення іншого договору страхування з аналогічним об'єктом страхування (подвійне страхування).
- 10.6. Відповідальність за достовірність даних, наданих Страховику або страховому посереднику несе Страхувальник. Всі відомості, що надані, 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. **Порядок укладення Договору у формі електронного документа.**
- 10.8.1. Договір страхування, додатки до нього (за наявності) та інші документи необхідні для виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами, які містять всі реквізити аналогічних паперових документів.
- 10.8.2. **Порядок укладення Договору із Страхувальником - фізичною особою.**
- 10.8.2.1. Для укладення Договору Клієнт:
- надає інформацію для укладення Договору, а саме: інформацію про себе (прізвище, ім'я, по батькові, адресу реєстрації або місця проживання, дату народження, реєстраційний номер облікової картки платника податку або документ, що підтверджує відмову від нього, номер (та за наявності - серія) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, номер мобільного телефону для зв'язку та/або адресу електронної пошти);
 - повідомляє про обрані умови страхування (страхову суму, франшизу, строк дії договору тощо).

Надання інформації здійснюється шляхом заповнення Клієнтом в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика або страхового посередника (далі – **ІТС**) полів форми та вибору умов страхування із запропонованого переліку або шляхом надання інформації представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг.

10.8.2.2. Страховик або страховий посередник, на підставі отриманої інформації, формує проект Індивідуальної частини Договору (далі – **Індивідуальна пропозиція**), та надсилає його Клієнту засобами електронної комунікації. Після направлення Індивідуальної пропозиції за допомогою ІТС Страховика або страхового посередника Клієнту надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Клієнтом засіб електронного/мобільного зв'язку.

10.8.2.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом пропозиції Страховика укласти Договір є: підписання Індивідуальної частини договору (Індивідуальної пропозиції) електронним підписом шляхом введення одноразового ідентифікатора в ІТС Страховика або страхового посередника та сплата страхової премії на умовах, визначених Договором.

10.8.2.4. Після підписання Індивідуальної частини Договору Клієнтом, особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, за допомогою ІТС Страховика або страхового посередника підписує Індивідуальну частину Договору з використанням кваліфікованого електронного підпису (далі – **КЕП**) або удосконаленого електронного підпису (далі – **УЕП**) (на період воєнного стану).

10.8.2.5. Після підписання Договору Сторонами Клієнт набуває статусу Страхувальника.

10.8.2.6. Страховик або страховий посередник направляє на електронну адресу, надану Страхувальником, або надає іншим способом, обраним Страхувальником, підписаний обома Сторонами примірник Договору (обидві його частини), додатки до нього (за наявності) у формі електронного документу одразу після підписання такого договору.

10.8.3. Порядок укладення Договору із Страхувальником - юридичною особою.

10.8.3.1. Для укладення Договору Клієнт (його уповноважена особа):

- надає інформацію для укладення Договору, а саме: повне найменування, П.І.Б. підписанта Договору, код з ЄДР, місцезнаходження, реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, П.І.Б. та номер мобільного зв'язку контактної особи Клієнта та/або адресу електронної пошти та надає документи, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації страхувальника;
- повідомляє про обрані умови страхування (страхову суму, строк дії договору тощо).

Надання інформації здійснюється шляхом заповнення Клієнтом в ІТС полів форми та вибору умов страхування із запропонованого переліку або шляхом надання інформації представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг.

10.8.3.2. Страховик або страховий посередник, на підставі отриманої інформації, формує проект Індивідуальної частини Договору (далі – **Індивідуальна пропозиція**), та надсилає його Клієнту у вигляді електронного повідомлення.

10.8.3.3. Клієнт приймає (акцептує) пропозицію укласти договір на умовах, викладених в Індивідуальній пропозиції, шляхом підписання Індивідуальної частини Договору з використанням КЕП або УЕП (на період воєнного стану) із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання) та сплатою страхової премії на умовах, визначених Договором. Клієнт надсилає Страховику підписану з його сторони Індивідуальну частину договору у вигляді електронного повідомлення за допомогою сервісу електронного документообігу.

10.8.3.4. Після підписання Індивідуальної частини Договору Клієнтом, особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, за допомогою ІТС Страховика або страхового посередника підписує Індивідуальну частину Договору з використанням КЕП або удосконаленого електронного підпису (УЕП) (на період воєнного стану).

10.8.3.5. Після підписання Договору Сторонами Клієнт набуває статусу Страхувальника.

10.8.3.6. Страховик або страховий посередник направляє Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору (обидві його частини), додатки до нього (за наявності) у формі електронного документу одразу після підписання такого договору.

10.8.3.7. Обмін електронними документами здійснюється за допомогою сервісів електронного документообігу, в тому числі, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу із застосуванням КЕП/УЕП Сторін з позначкою дати та часу їх вчинення.

10.8.4. Укладення Договору із Страхувальником - фізичною особою-підприємцем здійснюється у порядку передбаченому п.10.8.2. або п.10.8.3. цих Загальних умов.

10.8.5. На письмову вимогу Страхувальника Індивідуальна частина договору у формі електронного документу може бути відтворена на паперовому носії протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик або страховий посередник здійснює вручення такої копії, завіреної підписом уповноваженого представника Страховика або страхового посередника.

- 10.8.6. Датою укладення Договору у формі електронного документу є дата накладення КЕП/УЕП останнім підписувачем.
- 10.8.7. Місцем укладення Договору у формі електронного документу є місцезнаходження Страховика: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 40.
- 10.9. **Порядок укладення Договору у формі паперового документу.**
- 10.9.1. Клієнт надає інформацію відповідно до пп. 10.8.2.1, 10.8.3.1 Загальних умов-Оферти.
- 10.9.2. На підставі отриманої інформації Страховик або страховий посередник формує проект Індивідуальної частини Договору та пропонує її Клієнту або відмовляє в укладенні Договору страхування.
- 10.9.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом пропозиції укласти Договір є: підписання Індивідуальної частини Договору власноручним підписом Клієнта (уповноваженої особи) та сплата страхової премії на умовах, визначених Договором.
- 10.9.4. Договір укладається у формі паперового документа у 2-х (двох) примірниках по одному для кожної Сторони з проставленням власноручних підписів Сторін.
- 10.9.5. Після підписання Договору Сторонами Клієнт набуває статусу Страхувальника.
- 10.9.6. Дата та місце укладення Договору зазначено в Індивідуальній частині Договору.
- 10.9.7. Примірник Індивідуальної частини Договору страхування (примірник Страхувальника), укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком або страховим посередником Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами.
- 10.10. Загальні умови-Оферта відтворюються на паперовому носії за письмовою вимогою Страхувальника.
- 10.11. Підписанням Індивідуальної частини Договору Страхувальник приєднується до Договору в цілому та погоджується дотримуватися умов, викладених в Індивідуальній частині Договору та Загальних умовах-Оферті (публічній частині Договору).
- 10.12. 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 відшкодовує:
- 11.1.1. вартість медичних послуг, що не передбачені Договором або отримані поза межами місця дії Договору;
- 11.1.2. витрати на лікування СНІД та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму в тому числі станів, захворювань, травм, опіків та отруєнь, отриманих внаслідок цих станів;
- 11.1.3. витрати на лікування захворювань, за якими встановлена група інвалідності (I, II), інвалідності з дитинства та їх ускладнення;
- 11.1.4. витрати на лікування вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових захворювань;
- 11.1.5. витрати на лікування професійних захворювань відповідно до висновку НДІ МОЗ України професійної патології (наприклад: асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба тощо);
- 11.1.6. 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;
- 11.1.7. витрати на лікування хронічної ниркової, печінкової та серцевої недостатності (окрім станів загострень);
- 11.1.8. 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;
- 11.1.9. благодійні внески;
- 11.1.10. моральну шкоду та упущену вигоду.
- 11.2. За Договором не можуть бути застрахованими:
- 11.2.1. недієздатні фізичні особи за станом здоров'я;
- 11.2.2. ВІЛ-інфіковані особи та особи, які мають ВІЛ-асоційовані захворювання, особи хворі на СНІД;
- 11.2.3. особи, які мають зловиякісні 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;
- 11.2.4. особи з інвалідністю I та II групи, особи, яким встановлено категорію «дитина з інвалідністю»;
- 11.2.5. особи, які мають вроджені захворювання;
- 11.2.6. особи хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

11.2.7. особи хворі на нервові та психічні розлади (шизофренію тощо), які знаходяться(лись) 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.

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

Сервісна служба страховика - ТОВ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»

Номер телефону для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку **+38-063-880-19-12**

04052, м. Київ, вул. Глибочицька, буд. 13, секція 1, офіс 2, likar@likaronline.com.ua, www.likaronline.com.ua