



ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС
EUROPEAN INSURANCE ALLIANCE

Затверджено Наказом в.о. Голови Правління
ПрАТ "ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС"
від 25.11.2024р. №76/1

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ»
(далі за текстом – Загальні умови)**

Строк дії даної редакції: з «26» листопада 2024р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ "ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС")

Загальні умови страхового продукту «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ » (далі - ЗУСП) - це внутрішній документ ПрАТ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС», визначений відповідно до частини першої статті 89 Закону України «Про страхування» та «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, що встановлює загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за страховим продуктом.

Ці ЗУСП розроблені за ризиком в межах класу страхування «страхування здоров'я на випадок хвороби» класу страхування 2 «Страхування здоров'я на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

Відповідно до цих ЗУСП Страховик за визначену договором страхування плату (страхову премію) зобов'язується здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства в разі настання страхового випадку, включаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

Ці ЗУСП визначають особливості укладання договорів страхування за страховим продуктом «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ » (далі - договір або договір страхування).

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими ЗУСП.

Страховий продукт «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ » є стандартним страховим продуктом зі стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів Договори страхування, укладені на підставі цих Загальних умов страхування, Страховик не пропонує у якості супутнього/додаткового товару, роботи або послуги, що не є страховою подією.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ.

1.1. У цьому розділі наведені терміни, що використовуються в цьому страховому продукті та в договорах страхування, які укладаються на підставі цих Загальних умов, та вживаються в такому значенні:

1.1.1. **Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання, в разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) медичних послуг в обсязі, передбаченому обраною Страхувальником програмою страхування здоров'я на випадок хвороби, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений Договором строк та виконувати інші умови договору страхування.

1.1.2. **Застраховані особи** – особи, на користь і в інтересах яких укладено договір страхування здоров'я на випадок хвороби між Страховиком та Страхувальником і які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

1.1.3. **Заклад охорони здоров'я** – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

1.1.4. **Міжнародна класифікація хвороб (МКХ)** - нормативний документ, що приймається Міжнародною організацією охорони здоров'я і визначається як система рубрик, в яких конкретні нозологічні форми включені в класи у відповідності з загальноприйнятими міжнародними критеріями, з метою створення умов для систематизованої реєстрації, аналізу, інтерпретації та порівняння даних про смертність та захворюваність, отриманих в різних країнах та регіонах в різний час.

1.1.5. **Нозологічна форма** - певне захворювання, що виділяється на підставі встановленої причини (етіології), особливостей розвитку (патогенезу), типових зовнішніх проявів та характерного ураження органів і тканин.

1.1.6. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору страхування.

1.1.7. **Страховик** – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС», яке укладає зі Страхувальниками договори страхування здоров'я на випадок хвороби.

1.1.8. **Страхувальники** – юридичні особи, незалежно від форм власності та дієздатні фізичні особи - громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які уклали зі Страховиком договори медичного страхування.

1.1.9. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.

1.1.10. **Страховий інтерес** - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованих осіб.

1.1.11. **Страхова сума** - грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

1.1.12. **Страховий платіж** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов договору страхування.

1.1.13. **Строк страхового покриття** - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов договору страхування.

1.1.14. **Страховий тариф** - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття

1.1.15. **Вигодонабувач** - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства;

1.1.16. **Госпіталізація/лікування в умовах стаціонару/стаціонарне лікування** - цілодобове перебування та проходження курсу лікування в закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), акредитованих в Національній службі здоров'я України належним чином.

1.1.17. **Декомпенсація** - порушення нормального функціонування окремого органу, системи органів або всього організму, настає внаслідок вичерпання можливостей або порушення роботи пристосувальних механізмів;

1.1.18. **Загострення захворювання** - 1) стадія перебігу хвороби, гострого або хронічного стану, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових; 2) стадія хронічного перебігу захворювання, що характеризується посиленням хворобливої симптоматики і появою нових ознак, обумовлених стереотипом розвитку хвороби, її динамікою.

1.1.19. **Компенсація** - механізм, спрямований на пристосування організму до факторів ризику і захворювань, що діє до певного моменту;

1.1.20. **Період очікування страхового випадку** - проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (або дати відновлення відповідальності Страховика після сплати страхового платежу в повному обсязі) протягом якого будь-яка хвороба, яку було діагностовано, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом терміну дії Договору. При подальшій пролонгації дії Договору щодо Застрахованої особи період очікування не застосовується, якщо після закінчення Договору та пролонгацією його дії не було перерви;

1.1.21. **Період страхування** - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору;

1.1.22. **Ремісія** - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів);

1.1.23. **Розлад здоров'я (захворювання)** - стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму;

1.1.24. **Субкомпенсація** - одна зі стадій захворювань, під час якої клінічні симптоми поступово наростають і самопочуття погіршується;

1.1.25. **Таємниця страхування** - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома страховику (перестраховику) або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;

1.1.26. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування та/або законодавством;

1.1.27. **Хронічне захворювання** - це хвороба, яка протікає тривалий час, частіше, супроводжує людину все життя, а її симптоми можуть посилюватися або послаблюватися з плином часу, що залежить, також, від ефективності лікування.

Можливі періоди загострень і ремісій, компенсації, субкомпенсації і декомпенсації.

Терміни, що не обумовлені цими ЗУСП, визначаються Законом України «Про страхування» та іншими законодавчими і нормативно-правовими актами України.

2.УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.

2.1. Страхове покриття включає перелік страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, страхових випадків, об'єкт страхування, строк дії договору, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії договору, та вказується за погодженням сторін в Договорі страхування.

2.2. Предметом договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

2.3. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.

2.4. Застрахованою особою є фізична особа, зазначена в Договорі та яка надала письмову або усну згоду на укладення Договору на її користь.

2.5. Страховим ризиком є виникнення у Застрахованої особи хвороби, що передбачена Додатком № 1 «Перелік хвороб, хірургічних втручань та розмір страхових виплат» (далі - Таблиця виплат).

Страхові випадки:

2.6. Смерть Застрахованої особи внаслідок настання страхового ризику, передбаченого в п. 2.5.

2.7. Страховим випадком є подія, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у разі:

2.8. Встановлення Застрахованій особі в період дії договору діагнозу, передбаченого договором страхування;

2.9. Встановлення Застрахованій особі в період дії договору первинної інвалідності 1,2,3 групи з приводу хвороби, передбаченої договором страхування;

2.10. Тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок нещасного випадку (перебування на лікуванні в амбулаторних або стаціонарних умовах.)

2.11. Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби, передбаченої договором страхування.

2.12. Стаціонарне та амбулаторне лікування хвороби, передбаченої договором страхування

2.13. Подія, передбачена п. 2.9, визнається Страховиком страховим випадком за умови, якщо хвороба/би наступили впродовж строку дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого таблицею «Перелік хвороб, хірургічних втручань та розмір страхових виплат» , та між хворобою і смертю Страхувальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок.

2.14. Страховим випадком вважається смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби, зазначеної в таблиці «Перелік хвороб, хірургічних втручань та розмір страхових виплат», вперше виявленої протягом строку дії Договору після завершення періоду очікування страхового випадку, та якщо ця смерть Застрахованої особи настала протягом строку дії Договору.

2.15. Захворювання Застрахованої особи відповідно до таблиці «Перелік хвороб, хірургічних втручань та розмір страхових виплат» .

2.16. Подія, передбачена п. 2.8 визнається Страховиком страховим випадком,

якщо захворювання було діагностовано вперше під час дії Договору, виникло після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Додатком № 1. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.

2.17. Перенесене Застрахованою особою хірургічне втручання відповідно до таблиці «Перелік хвороб ,хірургічних втручань та розмір страхових виплат»

2.18. Подія, зазначена в п. 2.8, визнається Страховиком страховим випадком якщо захворювання, зазначене в таблиці «Перелік хвороб ,хірургічних втручань та розмір страхових виплат», було діагностовано вперше протягом дії Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, зазначеного в таблиці «Перелік хвороб, хірургічних втручань та розмір страхових виплат» виплат, та хірургічне втручання було проведено протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня встановлення діагнозу. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку

2.19. Строк дії договору - 1 рік.

2.20. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії Договору, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Договором на рахунок Страховика та/або Страхового посередника. Договір діє до 24.00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.

2.21. Продовження (лонгація) строку дії Договору можливе, за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору діє договір доручення із Страховим агентом, за посередництвом якого укладено Договір. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір діє до закінчення строку дії Договору, на якій він був укладений, за умови сплати страхового платежу в повному обсязі але не продовжується (не лонгується) на новий строк дії Договору.

2.22. Валюта договору - грн.

2.23. Страхова сума – мінімальна -від 10 000 грн, максимальна- 100 000 грн.

2.24. Франшиза - відсутня.

2.25. Територія дії договору - територія України.

2.26. Дія Договору не поширюється на території України, що є тимчасово окуповані; території України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; населені пункти, що розташовані на лінії розмежування; території активних бойових дій, на яких ведуться воєнні (бойові) дії на дату настання події, що має ознаки страхового випадку.

2.27. Період очікування страхового випадку щодо кожного з захворювань встановлюється строком в календарних днях та наведено в таблиці виплат.

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

3.1 Страхувальник має право:

3.1.1 Визначити особу (вигодонабувача), яка відповідно до договору страхування або законодавства має право на страхову виплату;

3.1.2 До настання страхового випадку змінити вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування;

3.1.3 Ініціювати внесення змін до договору;

3.1.4 Відмовитися від договору страхування;

3.1.5 Достроково припинити дію Договору страхування.

3.1.6 Укласти зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб

(Застрахованих осіб) за їх згодою.

3.1.7 Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування.

3.2 Страховик має право:

3.2.1 Ініціювати внесення змін до договору;

3.2.2 Проводити розслідування страхового випадку та оцінку розміру заподіяних збитків, залучати для цього уповноважених експертів;

3.2.3 Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.

3.2.4 У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку - проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду). При цьому, Застрахована особа надає право Страховику отримувати у зазначених вище закладах, організаціях та установах будь-яку інформацію стосовно стану свого здоров'я, у тому числі інформацію, яка є лікарською таємницею.

3.2.5 Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування.

3.2.6 Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором.

3.2.7 Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, що є винятками та обмеженнями страхування.

3.2.8 У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

3.2.9 У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк до 30 днів .

3.2.10 Достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором.

3.2.11 Відмовитись від підтримання ділових відносин із Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції, у випадках передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема, у разі:

3.2.12 якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

3.2.13 якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

3.2.14 встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

3.2.15 ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної

перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

3.2.16 подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

3.2.17 якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

3.2.18 При зростанні рівня збитковості при виявленні ознак шахрайства, , в односторонньому порядку припинити дію Договору в порядку визначеному п. 4.6 ЗУСП, при цьому після припинення Договору з таким Страхувальником не може бути укладений на умовах цих ЗУСП.

3.3 Страхувальник зобов'язаний:

3.3.1 Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;

3.3.2 Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування;

3.3.3 Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.3.4 При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо Застрахованої особи, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

3.3.5 Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкта страхування.

3.3.6 При настанні страхового випадку надати Страховику документи, зазначені в договорі страхування.

3.3.7 Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

3.3.8 Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

3.3.9 Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку.

3.3.10 Отримати згоду Застрахованої особи на укладання Договору на її користь та інформацію про стани/захворювання/рід діяльності/занять Застрахованої особи, яка зазначається Страхувальником під час укладення Договору; ознайомити Застраховану особу з умовами страхування.

3.3.11 Страхувальник, Застрахована особа чи Вигодонабувач (спадкоємець), що одержали страхову виплату, зобов'язані повернути Страховику одержані суми страхової виплати (або їх відповідну частину), якщо протягом передбачених законодавством України строків позовної давності виявиться така обставина, що по закону або за умовами Договору страхування повністю чи частково позбавляє їх права на страхову виплату.

3.3.12 Страхувальник зобов'язаний повідомити Застраховану особу за Договором про укладений на її користь Договір та про право Застрахованої особи протягом 30 (тридцяти) календарних днів повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору. У випадку наявності заперечень, Застрахована особа має повідомити їх Страхувальнику / Страховику, який зобов'язаний ініціювати припинення дії Договору у відношенні такої Застрахованої особи.

3.4 Страховик зобов'язаний:

3.4.1 Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб,

передбачений чинним законодавством.

3.4.2 Протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

3.4.3 При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування.

3.4.4 Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

3.4.5 З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття.

3.4.6 Письмово повідомити Страхувальника / Застраховану особу (спадкоємця Застрахованої особи) про відстрочку рішення про страхову виплату або відмові у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про відстрочку.

3.4.7 Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

3.4.8 Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі, зміну номеру мобільного зв'язку Страхувальника, про що Страхувальник повідомляє Страховика протягом визначеного цим пунктом строку).

3.4.9 Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо слідують з умов Договору.

3.4.10 Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору:

3.4.11 За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

3.4.12 Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику **пені у розмірі 0,01%** від суми невчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 5% від розміру заборгованості.

3.5 Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

3.6 Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадянських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму тощо. Сторона, для якої настали ці обставини, не буде нести відповідальність за повне або часткове невиконання такого зобов'язання. При цьому строк виконання таких зобов'язань відкладається на час дії таких обставин.

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

4. Всі зміни та доповнення до договору страхування вносяться за згодою Сторін шляхом укладання додаткового договору до договору страхування, що є його невід'ємною частиною.

4.1 Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

4.1.1 Закінчення строку дії договору страхування;

4.1.2 Виконання Страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;

4.1.3 Несплати страхувальником страхової премії у повному обсязі в встановлений договором строк . При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії;

4.1.4 Ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

4.1.5 Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.1.6 Набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

4.1.7 В інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

4.2 Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або Страховика.

4.3 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.

4.4 Дострокове припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

4.4.1 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 укладенням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування.

4.4.2 Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.5 Дострокове припинення дії Договору за вимогою Страховика:

4.5.1 У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

4.6 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 укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

4.7 Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного договору страхування, визначається при укладенні такого договору страхування за згодою страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому договорі страхування. Максимальна **частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням умов договору страхування - 70 %** страхового тарифу.

4.8 При достроковому припиненні дії договору страхування в зв'язку з виконанням страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

4.9 Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком у строки, визначені договором страхування. 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 у договорі страхування строку для такого повернення, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування».

4.10 При достроковому припиненні дії договору страхування, за яким залишились не врегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

4.11 У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

4.12 Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

4.13 Відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:

4.13.1 Його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

4.13.2 Відсутній об'єкт страхування;

4.13.3 Страховиком доведено, що договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

4.13.4 У страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

5.1 Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

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

5.3 Випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

5.4 Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

5.5 Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

5.6 Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів, якщо інший строк не обумовлений договором страхування.

5.7 У разі відмови страхувальником від договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

6.1.1 При настанні події, що має ознаки страхової, Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) повідомляє Страховика про настання події

письмово (у формі заяви на виплату) як тільки стане можливим, але не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня настання події та надає усі документи, передбачені договором страхування.

6.1.2 Не пізніше 6 (шести) місяців з дати смерті Застрахованої особи спадкоємець Застрахованої особи зобов'язаний заявити про випадок за та не пізніше 12 (дванадцяти) місяців надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені Розділом 7.

7 ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

7.1 Рішення про страхову виплату приймається на підставі таких документів:

7.1.1 а) заява про виплату;

7.1.2 б) Договір страхування або його копія;

7.1.3 в) документ, що посвідчує особу одержувача страхової суми;

7.1.4 д) копія РНОКПП (реєстраційний номер облікової картки платника податків) особи одержувача страхової суми.

7.1.5 Для одержання страхової суми (її частини) при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.8 цих Загальних умов, Страхувальник/Застрахована особа додатково до документів, перелічених у п.7.1 подає Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (копія лікарняного листка, медична картка, витяг з історії хвороби, довідка з закладу охорони здоров'я та ін. з обов'язковим зазначенням діагнозу хвороби);

7.1.6 Для одержання страхової суми (її частини) при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.9 цих Загальних умов, Страхувальник/Застрахована особа додатково до документів, перелічених у п.7.1 подає Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а саме: рішення уповноваженого державного органу про встановлення групи інвалідності, повної редакції акту огляду уповноваженого державного органу, на підставі якого була встановлена група інвалідності; документи з закладу охорони здоров'я, що підтверджують зв'язок між захворюванням та встановленою групою інвалідності (медична картка, витяг з історії хвороби, довідка з медичного закладу);

7.2 Для одержання страхової суми (її частини) при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.6 цих Загальних умов Вигодонабувач додатково до документів, перелічених у п.7.1 подає Страховику:

а) документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з закладу охорони здоров'я з обов'язковим зазначенням первинного та остаточного діагнозу хвороби, що призвів до смерті Застрахованої особи;

б) нотаріально завірену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

в) документи, що підтверджують право на спадщину.

7.3 Додатково, при настанні будь-якого випадку, що має ознаки страхового, якщо він стався в результаті протиправних дій третіх осіб, має бути наданою довідка з правоохоронних органів для документального підтвердження факту та обставин випадку, що має ознаки страхового.

7.4 При настанні страхового випадку Страховик виплачує Страхувальнику (Застрахованій собі, Вигодонабувачу) страхову суму (її частину), у таких розмірах:

7.4.1 при настанні страхового випадку, передбаченого п. 2.8 цих Загальних умов, розмір суми, що належить до виплати розраховується за таблицею «Перелік хвороб, хірургічних втручань та розмір страхових виплат» (Додаток 1.)

7.4.2 якщо при настанні страхового випадку для хвороби, що передбачена п. 7.4.1 цих Загальних умов, у Додатку 1 до Загальних умов страхового продукту «Страхування здоров'я на випадок хвороби» не встановлений відсоток виплати, страхова виплата розраховується за дні лікування Застрахованої особи, а саме:

а) при безперервному **амбулаторному лікуванні - 0,3 %** страхової суми за кожний день лікування, проведеного закладом охорони здоров'я, але не більше ніж за 30 (тридцять) днів;

б) при **стаціонарному лікуванні - 0,5 % страхової суми** за кожний день лікування, проведеного закладом охорони здоров'я, але не більше ніж за 20 (двадцять) днів.

7.5 при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.9 цих Загальних умов Застрахованій особі виплачується:

- **при встановленні I групи інвалідності – 100 %**

- **при встановленні II групи інвалідності - 80%,**

- **при встановленні III групи інвалідності - 60%,**

від страхової суми, встановленої договором страхування, з урахуванням раніше проведених виплат для Застрахованої особи.

7.6. при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.6 цих Загальних умов Вигодонабувачу (Вигодонабувачам) Застрахованої особи виплачується **100% страхової суми**, встановленої договором страхування з урахуванням раніше проведених виплат для Застрахованої особи.

7.7 Рішення про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) приймається Страховиком протягом 10 (десяти)робочих днів.

7.8 Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) про відмову у виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів після прийняття відповідного рішення.

7.9 Загальна сума виплат для кожної Застрахованої особи за одним або кількома випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої договором страхування.

8.ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

8.1 Підставою для відмови страховика у здійсненні страхових виплат є:

8.1.1 Навмисні дії страхувальника або 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 законом чи міжнародними звичаями;

8.1.2 Вчинення страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

8.1.3 Подання страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

8.1.4 Одержання страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

8.1.5 Несвоєчасне повідомлення страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) 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);

8.1.6 Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;

8.1.7 Наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.

8.1.8 Договором страхування можуть визначатися й інші підстави для відмови.

8.1.9 Страховик не несе відповідальності та не здійснює страхову виплату, якщо Застрахована особа є особою, яка:

8.1.10 є молодшою за 1 рік та старше 70 років;

8.1.11 Знаходяться на обліку у наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, шкіро-венерологічному та інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;

8.1.11 Є хворою на злоякісні онкологічні захворювання;

8.1.12 Має інвалідність першої або другої групи.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

9.1 Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву або іншим чином повідомляє про свій намір укласти договір страхування, повідомивши Страховику:

9.2 Дані про Страхувальника:

- прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи або повне найменування юридичної особи;

-місце проживання/перебування фізичної особи та місцезнаходження юридичної особи;

-контактний номер телефону;

-банківські реквізити (тільки для юридичних осіб).

9.3 Дані про кожну Застраховану особу:

- прізвище, ім'я, по батькові, стать;

- РНОКПП (реєстраційний номер облікової картки платника податків);

- місце проживання/перебування;

- контактний номер телефону;

- дату народження.

9.4 дані про стан здоров'я осіб, які приймаються на страхування, та інші дані, необхідні Страховику для визначення умов договору страхування.

9.5 Страховик та/або Страховий посередник перед укладенням договору страхування надає Страхувальнику доступну та повну інформацію про цей страховий продукт та страхового посередника, якщо за його участю відбувається укладання договору страхування

9.6 Факт укладення договору страхування посвідчується договором страхування чи полісом, який є формою договору.

9.7 Договір страхування може укладатися шляхом приєднання згідно порядку, визначеного діючим законодавством.

9.8 Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про

електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.9 Якщо договір страхування укладається в паперовому форматі, такий договір страхування оформлюється у двох примірниках, кожен з примірників договору страхування має однакову юридичну силу і зберігається у Страховика і Страхувальника.

10.ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

10.1 Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття події:

10.1.2 як результат або під час вживання Страхувальником алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів;

10.1.3 отруєння Страхувальника наркотичними, токсичними речовинами, медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою або у стані сп'яніння алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Страхувальника третіми особами;

10.1.4 навмисного заподіяння Страхувальником собі тілесних ушкоджень;

10.1.5 самогубства, замаху на самогубство Страхувальника, за винятком випадків, коли він (вона) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб;

10.1.6 керування Страхувальником транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або передача управління ним (нею) особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом.

10.1.7 які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору, після його закінчення, в несплачений період страхування або в період очікування страхового випадку;

10.1.8 що виникли внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;

10.1.9 які є наслідком спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.1.10 які пов'язані з масовими епідеміями;

10.1.11 що отримані в результаті військових дій, громадянських безладь, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;

10.1.12 що отримані при проведенні заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи громадянської влади та політичних організацій;

10.1.13 що отриманні внаслідок порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;

10.1.14 що виникли в результаті самолікування;

10.1.15 вроджені вади та спадкові хвороби;

10.1.16 психічні хвороби;

10.1.17 ожиріння, косметичні чи косметологічні послуги, естетичні оперативні втручання, операції по заміні статі;

10.1.18 ускладнення або штучне переривання вагітності;

10.1.19 імпотенція, чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності;

- 10.1.20 що виникли внаслідок інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору;
- 10.1.21 події, що сталися за межами території дії Договору;
- 10.1.22 за якими Застрахованій особі встановлена будь-яка група інвалідності (I, II, III групи інвалідності).
- 10.1.23 захворювання Застрахованої особи на хвороби, які не зазначені в Додатку №1.
- 10.1.24 захворювання Застрахованої особи на цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічну хворобу, а також наслідки та ускладнення захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока), стенокардію, ІХС, геморой, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти, фарингіти і трахеїти, риніти, гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, коліти, остеохондроз та його ускладнення, хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, міжреберна невралгія, кон'юнктивіти, ГРВІ, ГРЗ, грип, бактеріальні кишкові інфекції, мікози.
- 10.1.25 Не визнаються страховим випадком та страхова виплата не здійснюється у разі:
- 10.1.26 звернення Застрахованої особи протягом року вдруге та більше за страховою виплатою за ідентичним захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату відповідно до Таблиці виплат;
- 10.1.27 невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
- 10.1.28 відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем, співпраці з незалежним експертом Страховика після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін;
- 10.1.29 будь-якої пункції порожнин тіла (грудної, черевної порожнини, спинномозкові та потиличні черепні пункції, пункції порожнин кіст, абсцесів без їх подальшого хірургічного видалення, діагностичні пункції та пункції для отримання матеріалу для біопсії);
- 10.1.30 внутрішньосудинних втручань (стентування, лазерна реканалізація і подібні втручання);
- 10.1.31 ендоскопічних втручань (окрім лапароскопічних та торакокопічних операцій), а також накладання трахеостоми;
- 10.1.32 накладання швів та видалення доброякісних утворень шкіри, слизової оболонки ротової порожнини;
- 10.1.33 хірургічних втручань з приводу видалення сторонніх тіл, каміння з сечових шляхів, жовчних шляхів (ендоскопічні, за допомогою зондування);
- 10.1.34 повторних оперативних втручань з приводу одного і того самого захворювання протягом дії Договору;
- 10.1.35 будь-яких хірургічних втручань, що мали місце в період дії Договору за хворобами, які було діагностовано до початку дії Договору, крім випадків продовження дії Договору якщо захворювання вперше діагностовано в період дії, що починається з початку дії вперше укладеного договору щодо Застрахованої особи на аналогічних умовах страхового покриття (крім розміру страхової премії та страхового тарифу) за умови відсутності перерви у страхуванні, тобто дата початку дії договору (нового) слідує за датою закінчення дії договору страхування, що був укладений Сторонами щодо Застрахованої особи, та Страхувальник сплатив страхову премію / першу частину страхової премії (якщо новим договором страхування передбачено сплату страхової премії частинами) у розмірі та у строки, визначені в Полісі нового договору страхування. При цьому новий договір страхування повинен бути укладений у зв'язку зі зміною вікової категорії Застрахованої особи;

10.1.36 будь-яких хірургічних втручань, що мали місце після закінчення дії Договору за хворобами, які були діагностовані в період дії Договору;

10.1.37 будь-яких хірургічних втручань, що проводились без медично-обґрунтованих показань або поза стаціонарного лікування (включно з амбулаторним лікуванням або лікуванням в умовах денного стаціонару);

10.1.38 будь-яких хірургічних втручань, що проведені особами, які не мають відповідної медичної кваліфікації або лікарями, що не мають відповідної лікарської спеціалізації, або хірургічні втручання проведені у медичних закладах, що не мають відповідної спеціалізації;

10.1.39 будь-яких хірургічних втручань, які мали місце після закінчення періоду 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати встановлення діагнозу захворювання, з приводу якого такі втручання проводились.

10.2 Не можуть бути застрахованими особи:

10.2.1 які є молодшими за 1 рік та старше 70 років на момент укладання Договору;

10.2.2 які досягли 70 років в період дії Договору (застосовується після завершення оплаченого періоду, в якому Застрахована особа досягла 70 років);

10.2.3 які визнані в установленому порядку недієздатними;

10.2.4 які страждають важкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку і хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребта і спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний) або мають злоякісні новоутворення;

10.2.5 які є психічно хворими (знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах);

10.2.6 які є ВІЛ-інфіковані.

10.3 За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п. 10.2, до початку дії Договору страхування (в тому числі якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховику про зазначені обставини або повідомив завідомо неправдиві відомості, а також у випадку наявності обставин, передбаченої п. 10.2.2, Договір припиняє свою дію з дня досягнення Застрахованою особою віку 70 років. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за днем народження), Договір страхування вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи на користь, якої укладено договір щодо якої існують зазначені обставини. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.

10.3.1 У разі виникнення стосовно Застрахованої особи на користь, якої укладено Договір під час дії Договору страхування обставин, за яких така особа не може бути застрахованою відповідно до п.10.2 Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати після втрати чинності Договором страхування не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний за таким період страхування у випадку їх оплати Страхувальником.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

11.1 Спори стосовно виконання умов договору страхування вирішуються шляхом переговорів.

11.2 Спори між Сторонами, що не привели до узгодженого рішення, передаються на розгляд компетентного суду у строки, встановлені чинним законодавством.

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

12.1 У разі настання події, що має ознаки страхової, Страхувальник/Застрахована особа звертаються за адресою: **м. Київ, проспект Науки, 3. Email: alliance@eia.com.ua**

Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту «Страхування здоров'я на випадок хвороби»

ПЕРЕЛІК ХВОРОБ, ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

№	Захворювання	Розмір виплати, % страхової суми Згідно з захворюванням	Розмір виплати згідно з % страхової суми невідкладне (ургентне) хірургічне втручання	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:				
1	Гострий інфаркт міокарду	50	+15 тільки за умови аорто-коронарного шунтування, всі інші втручання виключено)	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	+15	30 днів
3	Гострий перикардит	40	+15	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	+15	30 днів
5	Гострий міокардит	30	Не передбачено	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	+20	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	+10	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
10	Флеботромбоз	15	+10	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	+25	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт	40	Не передбачено	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	+20	90 днів
16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	Не передбачено	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	Не передбачено	7 днів

18	Аневризма та розшарування аорти	50	+20 (аортопластика розшарованої ділянки аорти)	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної	40	+20	90 днів
20	Розрив аневризми судин	40	+20	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:				
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
22	Анемії, пов'язані з	5	Не передбачено	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	Не передбачено	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	+10 (за умови проведення спленектомії)	90 днів
III. Хвороби органів дихання:				
25	Гострий тонзиліт	2	+5	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	Не передбачено	30 днів
27	Емфізема	8	Не передбачено	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	+10	30 днів
29	Плеврит	10	+10	30 днів
30	Пневмоторакс	10	+10	7 днів
31	Гемоторакс	10	+10	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	+20	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	Не передбачено	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:				
35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
37	Інші защемлені киличеревної стінки (окрім післяопераційних)	8	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів

41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	Не передбачено	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	15 днів
43	Панкреонекроз	45	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
45	Гострий апендицит	15	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
46	Печінкова колька	2	+10(видалення жовчного міхура)	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	+5	30 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	+5	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	+10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи:				
50	Гострі нефрит, піелонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	5	+15	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	+10 (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в	5	Не передбачено	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
54	Гострий уретрит	5	Не передбачено	90 днів
55	Гострий цистит	2	Не передбачено	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	Не передбачено	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	+10	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	+10	90 днів

59	Гострий сальпінгіт та фалопіт	8	+ 10	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	+ 10	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та	5	+10	90 днів
VI. Хвороби кістковом'язевої системи та сполучної тканини:				
63	Ревматизм в активній фазі	10	Не передбачено	90 днів
64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного	25	Не передбачено	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
67	Гіогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного	40	Не передбачено	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного	30	Не передбачено	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	Не передбачено	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	Не передбачено	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	Не передбачено	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	Не передбачено	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та	8	+10	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:				
77	Гіпотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	Не передбачено	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	+10	90 днів
79	Гострий тиреоїдіт	15	+10	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	Не передбачено	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	Не передбачено	90 днів

82	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного) (вперше виявлений)	10	Не передбачено	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи:				
83	Ураження трійчастого нерва	5	Не передбачено	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	Не передбачено	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та	10	Не передбачено	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної	10	Не передбачено	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	Не передбачено	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха:				
88	Кератити	5	+10	90 днів
89	Іридоцикліти	5	+10	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	+10	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше	10	+10	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	+10	90 днів
93	Виразки роговиці	10	+10	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	+10	30 днів
95	Хвороби слъзових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого кератокон'юнктивіту))	5	+ 10	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	Не передбачено	30 днів
97	Гострий середній отит	2	Не передбачено	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	+10	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	+15	30 днів
X. Новоутворення:				
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору(нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з	45	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

104	Злоякісна меланома шкіри	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози			
	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки			
	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок			
	до 35 років	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
110	Лейкоз	50	+20	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	Не передбачено	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	+20	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	+10	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	+10	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти,	5	+10	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:				
117	Холера	15	Не передбачено	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	+10 (вторинні гнійні вогнища, перфорації кишківника)	30 днів

119	Сальмонельоз	10	Не передбачено	30 днів
120	Ботулізм	15	Не передбачено	30 днів
121	Дизентерія (шигелъоз,	10	Не передбачено	30 днів
122	Туляремія	15	Не передбачено	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії	15	Не передбачено	30 днів
124	Сибірська виразка	20	Не передбачено	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	Не передбачено	30 днів
126	Скарлатина	4	Не передбачено	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонарного лікування)	4	Не передбачено	30 днів
128	Вітряна віспа	2	Не передбачено	30 днів
129	Кір	2	Не передбачено	30 днів
130	Краснуха	2	Не передбачено	30 днів
131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	Не передбачено	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	+15 (резекція легень, видалення легені, торакопластика)	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	Не передбачено	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	Не передбачено	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	Не передбачено	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	Не передбачено	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	Не передбачено	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	Не передбачено	30 днів
139	Лептоспіроз	20	Не передбачено	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	Не передбачено	30 днів
141	Лейшманіоз	20	Не передбачено	30 днів
142	Інфекційний мононуклеоз	10	Не передбачено	30 днів
143	Малярія	15	+15 (спленектомія)	30 днів
144	Сепсис	30	+10 (видалення вторинних гнійних вогнищ при септикопемії)	30 днів

№ п/п	Клас хвороб
1	Інфекційні та паразитарні хвороби
2	Новоутворення
3	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин
4	Хвороби крові та кровотворних органів
5	Хвороби нервової системи
6	Хвороби системи кровообігу
7	Хвороби органів дихання
8	Хвороби органів травлення
9	Хвороби сечостатевої системи
10	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини
11	Хвороби кістково-м'язової системи

12	Травми та отруєння
13	Вагітність, пологи та післяпологовий період

Договором страхування можуть бути передбаченими страхові випадки:

- за класом (класами) хвороб зі всіма нозологіями, що входить до цього класу (класів), згідно Міжнародної класифікації хвороб;
- за окремою нозологією (кількома нозологіями), що входить до складу одного з класів хвороб.