

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Рішенням Правління
Приватного акціонерного товариства
«Страхова Компанія «Колоннейд Україна»

Протокол № 24-06/24
від 24 червня 2024 року

**Загальні умови страхового продукту
«Страхування на випадок хвороби» №0021**

Київ - 2024

ЗМІСТ

Титульний аркуш.....	1
ЗМІСТ.....	2
ПРЕАМБУЛА	3
Розділ 1. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування:	3
Розділ 2. Умови страхового покриття за Договором страхування. Територія страхування.....	7
Розділ 3. Порядок укладення Договору страхування.....	14
Розділ 4. Порядок вступу Договору в дію.....	15
Розділ 5. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору.....	15
Розділ 6. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, їх правові наслідки.....	16
Розділ 7. Порядок відмови від Договору	18
Розділ 8. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	19
Розділ 9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат	19
Розділ 10. Підстави відмови у страховій виплаті.....	21
Розділ 11. Винятки (Виключення) із страхових випадків та обмеження страхування	22
Розділ 12. Відповідальність Сторін за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору	23
Розділ 13. Порядок вирішення спорів	23
Розділ 14. Захист персональних даних	23
Розділ 15. Інші умови.....	24

ПРЕАМБУЛА

1. Загальні умови страхового продукту «**Страховання на випадок хвороби**» (далі за текстом також – «Загальні умови» або «Продукт») складені на підставі та відповідно до вимог чинного законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України (надалі - НБУ) та є внутрішнім документом ПрАТ СК «Колоннейд Україна» (далі за текстом також – «Страховик»), який визначає умови здійснення Страховиком страхування за класом страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

2. Вимоги до класу страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» визначаються Положенням про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого постановою Правління НБУ від 25.12.2023 №182.

3. Якщо інше не визначено чинним законодавством України, Договір страхування на випадок хвороби (далі за текстом також – «Договір» або «Договір страхування») укладається відповідно до даного Продукту та на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування, отриманої за відповідними класами (ризиками у межах відповідного класу) страхування і характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) 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 групи інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

Ризик «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» не передбачає:

(1) страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання, передбачений за класом страхування 1 «Страховання від Нещасного Випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», крім настання хвороби, спричиненої нещасним випадком;

(2) медичне страхування.

Страхове покриття згідно із Загальними умовами цього Продукту за класом страхування 2 не включає медичне страхування. Тут і надалі в тексті Загальних умов та Договорі за класом страхування 2 вказується «Страховання на випадок хвороби».

4. Умови цього Продукту не є стандартним страховим продуктом у розумінні статті 86 Закону України «Про страхування», звідси – під час укладання кожного окремого Договору його Сторони мають право передбачити індивідуально визначені умови залежно від обставин, які мають значення для укладання такого Договору.

5. Ці Загальні умови страхового продукту починають свою дію з 01.07.2024 року.

Строк дії цих Загальних умов – безстроковий.

Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким же чином, як і нові Загальні умови страхового продукту.

Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту, попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію. Нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на Загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.

6. Страхування здійснюється на підставі Договору страхування, який укладається відповідно до Загальних умов страхового Продукту, якщо інше не визначено чинним законодавством України. Умови, що визначені даними Загальними умовами щодо обсягу страхового покриття та інші умови страхування, можуть уточнюватись (конкретизуватись) та звужуватись умовами Договору страхування та які не суперечать одна одній.

7. Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, зокрема засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, або в інший спосіб за домовленістю.

8. Компанія не пропонує даний страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

Розділ 1. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування:

1.1. **Договір страхування (Договір)** – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату/страхове відшкодування Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору. Укладення Договору страхування посвідчується страховим полісом, сертифікатом.

Сторонами Договору страхування є Страховик та Страхувальник, кожен з яких іменується окремо як Сторона, а разом – Сторони.

1.2. **Страховик** - Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «Колоннейд Україна», код ЄДРПОУ 25395057

адреса: 04070, Україна, м.Київ, вул. Іллінська 8, 11 під'їзд, 4 поверх,

номери телефонів: +38 044 537 53 90, +38 044 537 53 99

1.3. **Страхувальник** - дієздатна фізична особа, фізичні особи - підприємці, юридичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування. Страхувальники можуть укласти Договір страхування групи осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Цивільна дієздатність фізичної особи - в Договорі це поняття слід розуміти відповідно до визначень Статті 30 Цивільного кодексу України.

1.4. **Застрахована особа (ЗО)** – фізична особа віком до 65 років, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування.

Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування в разі страхування власного здоров'я та працездатності чи страхуванні інших осіб.

Застрахованими особами за Договором страхування є фізичні цивільні особи, які перебувають в Україні на законних підставах, визначені в Переліку Застрахованих осіб (Частина В Договору).

Страховик залишає за собою право відмовити Страхувальника/ Застрахованій особі у прийнятті на страхування у випадках передбачених Загальними Умовами, а також за результатами призначеного Страховиком медичного обстеження та/або у разі недотримання вікових обмежень встановлених для Застрахованих осіб/ родичів Застрахованих осіб та їх ступеню спорідненості.

Цивільна особа - будь-яка особа, яка не входить до складу збройних сил та не є членом збройних формувань (не є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або службовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших як державних так і недержавних воєнізованих утворень) і не приймає прямої участі у бойових діях під час збройного конфлікту.

1.5. **Страхова послуга** - вид фінансової послуги, що надається Страховиком для забезпечення потреби потенційного Страхувальника у страховому захисті на підставі і на умовах Договору страхування.

1.6. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні Страхового випадку.

Загальна страхова сума за Договором страхування – сума загальної відповідальності Страховика за Договором страхування по всіх Застрахованих особах.

При страхуванні групи осіб **Страхова сума на кожну Застраховану особу** (Загальна Страхова сума на Застраховану особу) за Договором зазначається в Частині В, що є невід'ємною частиною Договору.

В межах Страхової суми на кожну Застраховану особу можуть бути визначені Ліміти відповідальності по ризику, Субліміти.

Субліміт – сума чи відсоток від Страхової суми (Ліміту відповідальності Страховика), зазначений у Договорі страхування, який означає обмеження відповідальності Страховика за конкретно встановленим Страховим ризиком, випадком, предметом Договору страхування.

1.7. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття, що обчислюється Страховиком з урахуванням статистичної інформації щодо настання страхових випадків та ймовірного розміру збитків і визначається за згодою Сторін в кожному окремому Договорі страхування.

1.8. **Страхова премія** (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування у відповідних обсягах і терміни, визначені Договором страхування.

1.9. **Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховий ризик, що покривається Договором включає ризик у межах класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби».

За ризиком класу страхування 2 за Загальними Умовами страхування здійснюється страхування на випадок настання:

1.9.1. певної Хвороби, переліку або групи (груп) Хвороб, визначених Договором страхування;

1.10. **Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника\Застрахованої особи.

1.11. **Страхування (Страховий захист)** – правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати Страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів Страховика, отриманих згідно із законодавством;

1.12. **Страхове покриття** включає сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або чинного законодавства України.

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 або законодавства.

Строк страхового покриття може ділитися на страхові періоди, які визначаються в Частині А Договору страхування, в межах яких діє страхове покриття в залежності від фактичного здійснення оплати страхового платежу Страхувальником в терміни і обсягах, які він зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

1.13. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася після набуття чинності 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 чинного законодавства.

Страховим випадком по Договору є смерть, встановлення групи інвалідності, втрата працездатності або розлад здоров'я, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка відбулася після набуття чинності Договором страхування з урахуванням Періоду очікування, ризик виникнення якої застрахований (страховий ризик).

Страхова подія – подія, що відбулася та має ознаки страхового випадку, яка може бути визнана Страховиком страховим випадком згідно з умовами Договору страхування. Страхові події, які сталися в строки дії Договору страхування із Застрахованими особами, можуть бути визнані Страховиком як страховий випадок, за умови, якщо ці події передбачені Договором страхування, включені в складі сукупності страхових ризиків в страхове покриття Договору страхування і зазначені в Сертифікаті (Частина А) Договору страхування.

1.14. **Дата настання страхової події** – це дата, визначена медичними документами як дата постановки діагнозу за захворювання, на випадок виникнення якого проводиться страхування та/або дата виписки з Медичного закладу при Госпіталізації/Хірургічному втручанні, тощо.

1.15. **Вигодонабувач** – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

Укладаючи Договір страхування Страхувальник може призначити Вигодонабувачів для отримання страхового відшкодування. Страхувальник має право до настання страхового випадку змінити Вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування.

На умовах Договору страхування Вигодонабувачами є:

1.15.1. Застрахована особа за ризиками іншими, ніж ризик смерті, якщо іншого для кожного окремого ризику не передбачено договором страхування. Батьки застрахованої малолітньої або неповнолітньої дитини можуть отримати страхове відшкодування за застраховану малолітню/неповнолітню дитину за умови надання реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) / індивідуального податкового номеру (надалі – ІПН) дитини в складі пакету документів на відшкодування, або у разі визначення таких осіб Вигодонабувачем за Договором до моменту настання страхового випадку.

1.15.2. Визначені договором Вигодонабувачі.

1.15.3. У випадку смерті Застрахованої Особи, якщо інше не визначено Застрахованою Особою чи Страхувальником в Договорі страхування, Вигодонабувачем є живе подружжя Застрахованої Особи, що є дієздатним та не розлученим, за відсутності такого подружжя є законні спадкоємці.

1.16. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування та/або законодавством. Франшиза може встановлюватися у відсотках від Страхової Суми (страхової виплати), в абсолютному розмірі або в інших розрахункових одиницях, визначених Договором страхування. Вид та розмір франшизи зазначаються у Договорі страхування. Страховик вираховує розмір франшизи при здійсненні страхової виплати/відшкодування за кожним страховим випадком.

1.17. **Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування (Витрати на ведення справи (ВВС))** – витрати Страховика пов'язані з укладенням (аквізицією) та пролонгацією договорів страхування, які можуть включати такі прямі та непрямі витрати. Розмір фактичних витрат зазначається у кожному окремому Договорі страхування. Максимальний розмір Витрат на ведення справи (ВВС), пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, складає **60%**.

1.18. **Медична допомога** – консультативна, діагностична, лікувальна, лікарська, профілактична, реабілітаційна, оздоровча та інша медична допомога, що надається медичним закладом.

1.19. **Медичний заклад (ЛПУ)** – медичним закладом вважаються однопрофільні та багатопрофільні лікувально-профілактичні установи будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, що мають відповідно до чинного законодавства України право на здійснення медичної діяльності.

1.20. **Страховий акт** – документ, що складається Страховиком у формі, визначеній Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати. При визнанні випадку як «не страховий» – з обґрунтуванням причин відмови.

1.21. **Кваліфікований електронний підпис (КЕП) або Електронний цифровий підпис (ЕЦП)** це – електронний підпис особи, який створюється з використанням засобу кваліфікованого електронного підпису і базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа. КЕП (ЕЦП) за правовим статусом прирівняний до власноручного підпису або печатки. Документи, підписані за допомогою КЕП (ЕЦП), мають таку саму юридичну силу, як і звичайні.

Електронний підпис (КЕП, ЕЦП) Застрахована особа може отримати у будь-якого кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг та використовувати його при подачі Заяви на виплату страхового відшкодування на умовах Договору страхування та при направленні письмового звернення Страховику по об'єкту Договору страхування.

1.22. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або чинного законодавства;

1.23. **Сплачені страхові виплати** – суми сплачених страхових виплат Страховиком по страховим випадкам, згідно з умовами Договору страхування.

1.24. **Заявлені, але не сплачені страхові виплати** – заявлені збитки по подіях, передбачених Договором страхування, які настали із Застрахованою особою в період після набрання чинності Договором страхування, про які вже відомо Страховику, але згідно яких ще не прийняте рішення Страховиком про кваліфікацію їх як страховий випадок і які ще не сплачені Страховиком на відповідний момент.

1.25. **Компетентні органи** – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти, тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Державної служби з надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства тощо).

1.26. **Документ** - спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення, тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно, матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні)).

1.27. **Документи та/або інформація компетентних органів** - будь-які офіційні носії/джерела інформації компетентних органів (довідки, роз'яснення, нормативні акти, закони, інформація компетентних органів та їх посадових осіб з офіційних сайтів, офіційних видань чи зафіксована у виданих ними письмових документах). У разі наявності суперечностей в інформації та документах, отриманих Страховиком та Страхувальником, рішення приймається на підставі відповідних роз'яснень компетентних органів шляхом направлення Страховиком додаткових запитів.

1.28. **Нещасний Випадок (НВ)** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія (травма), що відбулася внаслідок зовнішнього впливу в період дії Договору страхування та призвела до заповдіння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, внаслідок якої настав розлад здоров'я (тілесне ушкодження) Застрахованої особи або її смерть, прямо пов'язані з отриманням в період дії Договору страхування тілесним ушкодженням.

1.29. **Травма (Тілесне Ушкодження)** в контексті Договору страхування - ідентифіковане фізичне, обумовлене дією зовнішніх факторів, несподіване/непередбачуване тілесне ушкодження, спричинене Нещасним Випадком, що сталося раптово протягом строку дії Договору страхування (після набрання ним чинності) та наслідком якого (Нещасного Випадку) стало захворювання/Хвороба, яке(-а) викликало стан, незалежний від будь-яких інших причин чи будь-яких фізичних ушкоджень чи розладу, що існували до настання Нещасного Випадку, який призвів до смерті, тимчасової чи постійної втрати працездатності чи госпіталізації Застрахованої Особи. Травма (тілесне ушкодження) є результатом порушення анатомічної цілісності та фізіологічних функцій тканин, органів людини, викликана раптовим впливом (ушкодженнями внаслідок такого впливу) зовнішніх факторів. За походженням виділяють групи травм: механічні (забиті місця, переломи, рани), теплові (опіки, обмороження, теплові удари), хімічні (хімічні опіки, гострі отруєння, задуха), електричні, комбіновані, фізико-хімічні - викликані іонізуючим випромінюванням. За тяжкістю впливу на організм та клінічними показниками пошкодження, викликані зовнішніми чинниками, поділяють на три ступеня: легкі травми, травми середньої тяжкості та тяжкі травми.

Травматизація внутрішніх органів без ознак впливу зовнішніх факторів (внаслідок дегенеративно-вікових змін та хронічних захворювань) не є страховим випадком за Договором.

Між розладом здоров'я (втратою працездатності) або смертю Застрахованої особи та Нещасним Випадком повинен бути прямий причинно-наслідковий зв'язок.

1.30. **Постійна повна втрата працездатності** означає підтверджений документально стан здоров'я (функцій організму) людини, який повністю унеможливує виконання роботи визначеного обсягу, професії, що настав внаслідок Хвороби, Критичного захворювання, Хвороби, спричиненої Нещасним випадком, триває 12 (дванадцять) місяців поспіль і котрий не має вірогідності відновлення стану здоров'я (функцій організму) людини після закінчення вказаного терміну до такого стану, який існував до настання Хвороби, Критичного захворювання, Хвороби, що є наслідком Нещасного випадку.

1.31. **Тимчасова повна втрата працездатності** означає підтверджену документально втрату працездатності, яка тимчасово та повністю перешкоджає Застрахованій особі виконувати свої звичайні службові чи професійні обов'язки. Тимчасова втрата працездатності має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин - до закінчення причин відсторонення від роботи.

1.32. **Госпіталізація (екстрена)** – перебування Застрахованої особи в стаціонарному відділенні Медичного закладу більше 3 (трьох) діб поспіль за медичними показаннями через загострення та/або ускладнення Хвороби та/або Критичного захворювання (передбачених Страховим покриттям за Договором), що можуть загрожувати життю Застрахованої особи та виникли протягом строку дії Договору страхування.

Максимальний термін екстреної госпіталізації за умовами Договору складає 90 (дев'яносто) календарних днів безперервно. Строк Госпіталізації визначається за датами поступлення та виписки з Медичного закладу. Максимальний розмір відповідальності Страховика визначається в Частині А Договору.

1.33. **Хірургічне (оперативне) втручання** - комплексний вплив на тканини або органи Застрахованої особи, що проводиться кваліфікованим лікарем з метою лікування в умовах Медичного закладу за допомогою інвазивного та малоінвазивного методів хірургічного втручання при .

1.34. **Хвороба (захворювання)** – порушення нормальної життєдіяльності організму, що було вперше в житті діагностовано у Застрахованої особи протягом дії Договору профільним фахівцем та обумовлене функціональними та/або морфологічними змінами, на випадок якого проводиться страхування та яке передбачене в Таблицях виплат Договору. Кваліфікація Хвороби здійснюється Страховиком відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (ICD-10 або МКХ-10).

В контексті страхового Продукту може бути визначений наступний перелік Хвороб, вперше виявлених в житті Застрахованої особи протягом дії Договору страхування:

1.34.1. Інфекційні та паразитарні хвороби;

1.34.2. Новоутворення;

- 1.34.3. Хвороби серцево судинної системи;
- 1.34.4. Хвороби крові, кровотворних органів;
- 1.34.5. Хвороби нервової системи;
- 1.34.6. Хвороби органів зору та слуху;
- 1.34.7. Хвороби кістково м'язевої системи та сполучної тканини;
- 1.34.8. Хвороби органів дихання;
- 1.34.9. Хвороби органів травлення;
- 1.34.10. Хвороби сечостатевої системи;
- 1.34.11. Хвороби ендокринної системи;
- 1.34.12. Інші захворювання за умови погодження Сторонами.

Вичерпний перелік Хвороб, що включено до Страхового покриття наводиться в Таблицях виплат (Частина С Договору) для кожного окремого Договору страхування.

Терміни «хвороба» та «захворювання», вжиті в цьому документі мають тотожне значення та не суперечать одне одному.

1.35. Хронічне захворювання (хвороба) – Хвороба (захворювання), передбачена Таблицями виплат за Договором, з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними зміненнями та функціональними розладами тканин й органів.

1.36. Критичне захворювання - важкі порушення нормальної життєдіяльності організму, що діагностовано профільним профільним спеціалістом, обумовлене функціональними та/або морфологічними змінами, і становлять загрозу для життя.

В контексті страхового Продукту може бути визначений наступний перелік критичних захворювань/станів, вперше виявлених в житті Застрахованої особи протягом дії Договору страхування:

- 1.36.1. Рак;
- 1.36.2. Інфаркт Міокарду;
- 1.36.3. Інсульт;
- 1.36.4. Ниркова недостатність;
- 1.36.5. Коронарне шунтування;
- 1.36.6. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку;
- 1.36.7. Сліпота (Втрата зору);
- 1.36.8. Параліч (втрата функцій кінцівок);
- 1.36.9. Хірургічне втручання на аорті;
- 1.36.10. Хірургічне втручання на серцевому клапані;
- 1.36.11. Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу),
- 1.36.12. Інші захворювання за умови погодження Сторонами їх включення в страхове покриття за умовами Договору страхування.

Випадки настання Критичних захворювань вважаються застрахованими в тій мірі, в якій вони передбачені в Частині А Договору.

Умови страхового покриття ризиків наведено в п. 2.9 Загальних умов.

1.37. Щоденна Виплата - сума страхової виплати за повну добу знаходження в стаціонарі, яка може розраховуватися в розмірі проценту від страхової суми (ліміту за цим ризиком) або в розмірі добутку абсолютної суми виплати на кількість днів стаціонарного лікування зазначених в Договорі. День госпіталізації в стаціонар та день виписки враховується як одна повна доба, за виключенням франшизи. Застосовується в разі настання Тимчасової повної втрати працездатності.

1.38. Необхідні, невідкладні та виправдані медичні витрати: необхідні медичні послуги та препарати, підтвержені документально, які є необхідними для лікування, але не включають в себе збори, яких не було б стягнуто у випадку відсутності страхового покриття за Договором страхування, добровільні (благодійні) внески, виключаючи медичні препарати та медичні послуги, застосування яких не є обов'язковим для лікування наслідків відповідної Хвороби та/або Критичного захворювання та/або Хвороби, спричиненої Нещасним випадком згідно з встановленими нормами медичних протоколів та відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (ICD-10 або МКХ-10).

1.39. Період очікування – період від початку дії Договору, визначений в Таблицях виплат (Частина С Договору) в кількості днів, протягом яких діє обмеження Страхового захисту за Договором страхування в цілому чи за окремими ризиками, передбаченими умовами Договору, для Застрахованих осіб.

Хвороби та/або Критичні захворювання, в тому числі Хвороби, що виникли внаслідок Нещасного випадку та були діагностовані/повідомлені в Період очікування для Застрахованої особи не вважаються Страховим випадком і Страхова виплата по таких випадках не здійснюється.

Період очікування складає 90 (дев'яносто) календарних днів з дати набрання чинності Договором, якщо інше не передбачене Таблицями виплат (Частина С Договору) та/або умовами Договору страхування.

1.40. Вчинення терористичних актів та терористичної діяльності (тероризм) - застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створювали небезпеку для життя чи здоров'я людини або заподіяння значної майнової шкоди чи настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привертання уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів винного (терориста), а також погроза вчинення зазначених дій з тією самою метою.

1.41. Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту - це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (воєнного, військового) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

1.42. Оголошена або неоголошена війна, збройний конфлікт – події та збитки, що відбуваються під час оголошених чи неоголошених актів військової агресії та військового (збройного) конфлікту, також будь-який спір, що виникає між двома державами, або ворожий збройний конфлікт між протиборчими громадянами, групами однієї нації чи держави (громадянська війна), незалежно від його тривалості, наслідків, а також факту оголошення чи заперечення однією зі сторін (сторонами) наявності стану війни, громадянської війни чи військового конфлікту.

1.43. Покриття пасивних воєнних ризиків – надання для цивільних Застрахованих осіб розширеного покриття з включенням Хвороб, спричинених Нещасним випадком - внаслідок отримання випадкових травм, що настали внаслідок воєнних дій в межах підконтрольних уряду України територій, де не ведуться активні бойові дії, при дотриманні Застрахованими особами чинних правил,

попереджень та обмежувальних розпоряджень уряду України / Компетентних органів, без активної участі у збройному конфлікті та воєнних діях.

1.44. **Виключення (Винятки)** – перелік випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту за Договором страхування, настання яких не є страховими випадками і за якими страхова виплата не здійснюється.

1.45. У разі відсутності визначення у Загальних умовах терміни вживаються у значеннях, наведених у Законі України «Про страхування», нормативно-правових актах НБУ, тощо.

1.46. Поняття і терміни, наведені в цьому Розділі, вживаються в інших Розділах Загальних умов в тому самому значенні незалежно від застосування до тексту жирного шрифту, підкреслення, курсиву або капіталізації.

Розділ 2. Умови Страхового покриття за Договором страхування. Територія страхування

2.1. **Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з Об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

2.2. **Об'єктом страхування** є Страховий інтерес Страхувальника (або Застрахованої особи, або Вигодонабувача), що не суперечить чинному законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованих осіб, стосовно яких Страхувальник здійснює страхування (Застрахована особа).

2.3. Страхове покриття за Договором страхування включає сукупність Страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється Страхування, а саме: страхування на випадок хвороби.

2.4. Перелік Страхових ризиків:

Страховий ризик, який визначається Договором, має відповідати наступним ознакам:

- 1) вірогідність та ймовірність настання;
- 2) неможливість передбачити конкретний час, місце, обставини настання події, а також розмір шкоди в разі настання страхового випадку;
- 3) відсутність ймовірності невідворотності настання події в період дії Договору, про що Страхувальник або Страховик заздалегідь були або мали бути повідомлені;
- 4) настання події спричинить негативні матеріальні наслідки для страхового інтересу Страхувальника або інших осіб;
- 5) настання події не пов'язано з навмисними діями Страхувальника або інших осіб, визначених у Договорі страхування, і не передбачає отримання неправомірної вигоди.

2.5. **Страхове покриття за Договором надається на випадок** настання Страхового випадку, включаючи смерть, встановлення групи інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться Страхування (Страхового ризику), а саме:

2.5.1. **Смерті Застрахованої особи** внаслідок Хвороби та/або Критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, загострення та/або ускладнення Хронічної хвороби (в тому числі Хірургічне (оперативне) втручання) на яку Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування і які призвели до смерті протягом періоду дії Договору страхування;

2.5.2. **Постійної непрацездатності** Застрахованої особи / **встановлення групи інвалідності** внаслідок Хвороби та/або Критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, які призвели до Постійної повної непрацездатності та/або призначення групи інвалідності Застрахованій особі;

2.5.3. **Тимчасової втрати працездатності внаслідок Хвороби**, визначеної Таблицею виплат (В) «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування» (Частина С Договору), по розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок Хвороби, що виникла вперше протягом строку дії Договору, при Тимчасовій втраті працездатності;

2.5.4. **Критичних захворювань**, вперше діагностованих в житті Застрахованої особи протягом періоду дії Договору страхування;

2.5.5. **Екстреної Госпіталізації** Застрахованої особи до Медичного закладу внаслідок виникнення Критичних захворювань, передбачених в Сертифікаті (Частина А Договору);

2.5.6. **Хірургічного (оперативного) втручання** внаслідок виникнення Хвороб, Критичних захворювань, загострення та/або ускладнення Хронічної хвороби передбачених в Сертифікаті (Частина А Договору).

Конкретний перелік ризиків, які включені в страхове покриття за Договором страхування визначаються Договором страхування і зазначаються в Сертифікаті (Частина А Договору страхування).

2.6. Ризик класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби», характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) 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, уключаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику). Ризик «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 не передбачає страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання, передбачених за класом страхування 1, крім настання хвороби, спричиненої нещасним випадком.

2.7. Територія страхування

Договір може застосовуватися до страхових випадків за ризиками, що виникли:

2.7.1. **в межах території України**, за виключенням Автономної Республіки Крим та міста Севастополя, Луганської та Донецької областей, усіх непідконтрольних уряду України територій України в Херсонській та Запорізькій областях, а також усіх непідконтрольних уряду України територій, відповідно до Розпорядження Кабінету міністрів України № 1085-р від 07.11.2014р. та будь-яких наступних змін/доповнень до неї та наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України № 309 від 22.12.2022р. та будь-яких наступних змін/доповнень до нього.

Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також, на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, визначених офіційними документами згідно з вимогами законодавства України, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права.

2.7.2. в країнах Європи;

2.7.3. в усьому Світі.

Конкретна територія покриття за Договором страхування визначаються Договором страхування і зазначаються в Сертифікаті Договору (Частина А Договору страхування).

2.8. Страхове покриття надається цілодобово в межах строку дії Договору страхування **(24 години на добу)**.

2.9. Умови страхового покриття ризиків:

2.9.1. Смерть Застрахованої особи, що настала:

- внаслідок Хвороби та/або Критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування,

- внаслідок загострення і/або ускладнення Хронічної хвороби, передбаченої в Таблицях виплат та включеної у покриття в Сертифікаті (Частина А Договору), на яку Застрахована особа хворіла/про яку було повідомлено Страховику на момент укладення Договору страхування та/або

- проведенням Хірургічного (оперативного) втручання у зв'язку з означеними вище Хворобою, Критичним захворюванням, загостренням і/або ускладненням Хронічної хвороби,

і які призвели до смерті Застрахованої особи протягом періоду дії Договору страхування;

2.9.1.1. Смерть Застрахованої особи не вважається такою, що настала, у випадку зникнення Застрахованої особи, до моменту оголошення її судом померлою та видачі свідоцтва про смерть.

Якщо Застрахована особа оголошена померлою за рішенням суду, страхова виплата за таким випадком може бути здійснена за умови, коли всі наведені нижче ознаки виконуються:

- дата смерті Застрахованої особи, зазначена у свідоцтві про смерть, припадає на період дії Договору страхування;
- місце смерті Застрахованої особи відповідає Території страхування згідно з Сертифікатом (Частина А Договору);
- причини смерті Застрахованої особи, вказані у відповідних належним чином оформлених документах, відповідають вказаному Страховому покриттю в Сертифікаті (Частина А Договору) і не є виключені згідно з Розділами 10 та/або 11 Загальних умов.

2.9.1.2. Загальний розмір страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи в будь-якому випадку не може перевищувати 100% Страхової суми, зазначеної для Застрахованої особи в Списку Застрахованих осіб (Частина В Договору).

2.9.2. Постійна повна непрацездатність (встановлення групи інвалідності) Застрахованої особи внаслідок Хвороби та/або Критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті такої особи протягом періоду дії Договору страхування, які призвели до Постійної повної непрацездатності (встановлення групи інвалідності) Застрахованої особи протягом періоду дії Договору страхування.

2.9.2.1. Якщо Хвороба та/або Критичне захворювання вперше виявлені (діагностовані) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, протягом 12 (дванадцяти) місяців від Дати настання страхового випадку призведуть до Постійної повної втрати працездатності такої особи, та унеможливають приймання такою особою участі у будь-якому виді діяльності чи роботі для одержання доходу, Страховик виплатить страхове відшкодування, за умови що така непрацездатність продовжується 12 (дванадцять) місяців поспіль та є повною, безповоротною та постійною, наприкінці цього періоду Загальну Страхову Суму, визначену Договором страхування для Застрахованої особи за вирахуванням всіх інших платежів і Франшиз (якщо вони передбачені Договором), що були зроблені за тим самим чи іншими страховими випадками та відбулися протягом строку дії Договору страхування, згідно з Розділами та Таблицями Виплат Загальних Умов.

2.9.2.2. Якщо внаслідок страхового випадку, що відбувся протягом строку дії Договору страхування з Застрахованою особою, буде призначена первинна група інвалідності такої особі, Страховик здійснить страхову виплату у розмірах, визначених Таблицею Виплат (А) «Інвалідність».

ТАБЛИЦЯ ВИПЛАТ (А) – «Інвалідність»

Виплата, встановлена у відсотках до Загальної Страхової Суми для Застрахованої особи, визначеної Договором страхування.

№	Інвалідність	Максимальний відсоток від Загальної Страхової суми, %
CrA1	Первинна інвалідність 1 групи	100
CrA2	Первинна інвалідність 2 групи	90
CrA3	Первинна інвалідність 3 групи	70

2.9.2.3. Страховик не виплачує жодних страхових виплат та не несе відповідальність за отримання Застрахованою особою Інвалідності 3 групи, що сталася внаслідок струсу чи забиття головного мозку чи закритої черепно-мозкової травми, що не призвели до функціональних порушень з боку нервової системи та/або стійкої втрати навичок та/або не підтверджені документально.

Страховик не виплачує жодних страхових виплат у зв'язку з призначеною групою інвалідності, призначеною до набрання чинності Договором страхування.

2.9.2.4. Страхове покриття за Договором страхування для конкретної Застрахованої Особи припинить свою дію після здійснення страхової виплати за даною секцією ризиків (п.2.9.2.) у розмірі Загальної Страхової Суми, визначеної Договором для Застрахованої особи в Сертифікаті (Частині А Договору).

2.9.3. Тимчасова втрата працездатності внаслідок Хвороби визначених в Таблиці виплат (В)

2.9.3.1. В разі Тимчасової втрати працездатності Застрахованою особою внаслідок Хвороби, якщо це передбачено в Сертифікаті (Частина А Договору страхування), Страховик здійснює страхову виплату:

2.9.3.1.1. фіксовану грошову виплату в межах Страхової суми (ліміту відповідальності) у відсотках від Страхової суми в розмірі, визначеному у Таблиці виплат (В) «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування»;

2.9.3.1.2. відшкодування понесених Застрахованою особою витрат або оплату їх вартості на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами), що виникли у зв'язку із настанням Хвороби передбаченого в Таблиці виплат (В) «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування»;

2.9.3.1.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

ТАБЛИЦЯ ВИПЛАТ (В) «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування»

Виплата, встановлена у відсотках до Загальної Страхової Суми для Застрахованої особи, визначеної Договором страхування

№з/п	Захворювання	Максимальний розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)
	Інфекційні та паразитарні хвороби		
CrB1	Енцефаліт	40	30
CrB2	Сепсис	30	30
CrB3	Вірусні гепатити В, С	25	180
CrB4	Менінгіт, Арахноїдит, Гострий поліомієліт	25	30
CrB5	Лейшманіоз	20	30
CrB6	Малярія	15	30
CrB7	Токсоплазмоз	10	30
CrB8	Кір	4	30
CrB9	Коклюш (кашлюк)	3	30
CrB10	Енцефаломієліт	40	30
CrB11	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	30
CrB12	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30
CrB13	Вірусні гепатити А, Е	25	90
CrB14	Арахноїдит	25	30
CrB15	Гострий поліомієліт	25	30
CrB16	Холера	15	30
CrB17	Ботулізм	15	30
CrB18	Туляремія	15	30
CrB19	Черевний тиф та паратиф	15	30
CrB20	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	30
CrB21	Лептоспіроз	20	30
CrB22	Сибірська виразка	20	30
CrB23	Сальмонельоз	10	30
CrB24	Інфекційний мононуклеоз	10	30
CrB25	Дизентерія (шигельоз, амебіаз)	10	30
CrB26	Краснуха	4	30
CrB27	Скарлатина	4	30
CrB28	Вітряна віспа	4	30
CrB29	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	30
	Новоутворення		
CrB30	Злоякісні новоутворення бронхів та легень, Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90
CrB31	Злоякісна меланома шкіри Злоякісні новоутворення стравоходу, Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипалої кишки)	50	90
CrB32	Злоякісні новоутворення молочної залози	50	90
CrB33	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки	50	90
CrB34	Злоякісні новоутворення простати та яєчок	40	90
CrB35	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка), Мієломна хвороба	45	90
CrB36	Лейкоз, Доброякісні новоутворення головного мозку	40	90
CrB37	Інші злоякісні новоутворення	30	90
CrB38	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	25	90
CrB39	Доброякісні новоутворення молочної залози, Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	15	180
CrB40	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини)	5	90
	Хвороби серцево-судинної системи		
CrB41	Гострий інфаркт міокарду, Геморагічний інсульт	50	7
CrB42	Ішемічний інсульт, Розрив аневризми судин мозку	40	7
CrB43	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин, Аневризма та розшарування аорти	30	30
CrB44	Стеноз ниркової артерії (за умови проведення оперативного лікування)	30	90
CrB45	Повторний інфаркт міокарду	25	30
CrB46	Гостра серцево легенева недостатність	25	7
CrB47	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	20	90
CrB48	Гострий перикардит	20	30

CrB49	Флеботромбоз, Поєднання мітрального стенозу із недостатністю двостулкового клапана (вперше виявлена)	15	90
CrB50	Гострий та підгострий ендокардит, Гострий міокардит	15	30
CrB51	Ревматизм в активній фазі, Дисліпідемія (вперше виявлена) Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90
CrB52	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок, Посттромбофлебичний синдром, Облітеруючий тромбангіт (за кожен встановлений діагноз за умови проведення оперативного лікування)	10	90
CrB53	Тромбофлебіт Ревматична хвороба серця	8	90
Хвороби крові, кровотворних органів			
CrB54	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	90
CrB55	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення спленектомії)	30	90
CrB56	Абсцес селезінки (за умови проведення оперативного лікування)	25	90
CrB57	Істинна еритроцитарна аплазія, Кіста селезінки (за умови проведення оперативного лікування)	20	90
CrB58	Постгеморагічна анемія	10	30
CrB59	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90
Хвороби нервової системи			
CrB60	Бічний аміотрофічний склероз	30	180
CrB61	Ураження трійчастого нерву, Ураження лицьового нерву	15	90
CrB62	Ураження інших черепних нервів, зокрема слухового та зорового, Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, Міастенія гравіс	10	90
CrB63	Атрофія зорового нерва	5	90
Хвороби органів зору та слуху			
CrB64	Глаукома	15	90
CrB65	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), Оклюзії судин сітківки за умови (як мінімум) транзиторної сліпоти	10	90
CrB66	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30
CrB67	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	30
CrB68	Кератокон'юнктивіт, Відшарування сітківки з розривом сітківки, Гострий мастоїдит (за умови стаціонарного лікування)	7	90
CrB69	Кератити, Іридоцикліти	5	90
CrB70	Хвороби сльозових шляхів	5	30
CrB71	Гострий середній отит	4	30
CrB72	Склерити, епісклерити, Хоріоретинальне запалення (дифузне)	3	90
CrB73	Гострий зовнішній отит	3	30
Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини			
CrB74	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90
CrB75	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90
CrB76	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90
CrB77	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	90
CrB78	Ревматоїдний артрит(за умови проведення оперативного лікування)	20	90
CrB79	Хвороба Рейтера, Подаргичний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90
CrB80	Піогенний артрит, Остеоартроз (кожен заворування за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90
CrB81	Ішіас (без люмбаго), Ревматизм в активній фазі	10	90
CrB82	Гострий поліартрит, Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90
CrB83	Дискогенний радикуліт	4	90
Хвороби органів дихання			
CrB84	Хронічна обструктивна хвороба легень (вперше виявлена)	40	180
CrB85	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування) 15-90 днів	15	90
CrB86	Абсцес легені та середостіння 15-30 днів	15	30
CrB87	Плеврит	10	
CrB88	Пневмоторакс, Гемоторакс	10	7
CrB89	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90
CrB90	Емфізема	8	
CrB91	Пневмонія	8	30

CrB92	Бронхопневмонія	6	60
CrB93	Гострий тонзиліт	4	30
	Хвороби органів травлення		
CrB94	Панкреонекроз	45	7
CrB95	Цироз печінки з клінічними проявами портальної гіпертензії та функціональних порушень печінки (окрім алкогольного цирозу), Хвороба Крона (за умови оперативного втручання)	30	180
CrB96	Перитоніт (окрім місцевого), Гостра кишкова непрохідність	25	7
CrB97	Хвороба Крона (консервативне лікування в умовах стаціонару)	20	180
CrB98	Жовчокам'яна хвороба (за умови проведення оперативного лікування)	20	90
CrB99	Защемлена діафрагмальна кіла	15	90
CrB100	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30
CrB101	Гострий панкреатит	15	
CrB102	Гострий апендицит, Печінкова колька	15	7
CrB103	Защемлена пахова, стегнова кіла, Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках), Гостра виразка шлунку, 12 палोї кишки (вперше виявлена) -	10	90
CrB104	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12 палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30
CrB105	Інші защемлені киля черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90
CrB106	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12 палої кишки -	5	180
CrB107	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30
	Хвороби сечостатевої системи		
CrB108	Гостра ниркова недостатність	50	7
CrB109	Гостре запальне захворювання матки	20	90
CrB110	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена), Токсична нефропатія, Гострий параметрит, Гострий пельвіоперитоніт, Гідронефроз з калькульозною обструкцією нирки і сечовода, Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярна хвороба (вперше виявлені)	15	90
CrB111	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30
CrB112	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90
CrB113	Абсцес бартолінової залози, Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90
CrB114	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90
CrB115	Гострий уретрит, Гострий простатит, Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90
CrB116	Гострий цистит, Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30
	Хвороби ендокринної системи		
CrB117	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90
CrB118	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	30	90
CrB119	Гіпоглікемічна діабетична кома	20	180
CrB120	Цукровий діабет інші типи (орім гестаційного вперше виявлений), Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом, Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу), Аутоімунний тиреоїдит, підтверджений лабораторно (вперше виявлений)	20	90
CrB121	Гострий тиреоїдит	15	90

2.9.3.2. В будь-якому разі страхова виплата по одній Хворобі, передбачених в Таблиці виплат (В) «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування» цих Загальних умов, не може перевищувати визначений максимальний розмір відповідальності Страховика для такої страхової виплати за конкретною Хворобою незалежно від кількості заявлених подій протягом всього періоду дії Договору.

2.9.3.3. Розмір страхової виплати за п.2.9.3 враховує **ступінь важкості перебігу Хвороби** та розраховується від встановленого Договором розміру страхової виплати у відсотках (%) від Страхової суми за конкретною Хворобою за розділами «**Інфекційні та паразитарні хвороби**», «**Хвороби ендокринної системи**», «**Хвороби нервової системи**» та «**Хвороби системи кровообігу**» Таблиці виплат (В) «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування» наступним чином:

- 2.9.3.3.1. легка форма – 25%;
- 2.9.3.3.2. середня форма – 50%;
- 2.9.3.3.3. важка форма – 75%;
- 2.9.3.3.4. вкрай важка форма – 100%.

2.9.3.4. Розрахунок страхової виплати за розділом «Новоутворення» Таблиці виплат (В) враховує стадії процесу і наявність метастазів (Т-первинний осередок, N-локалізація, M-наявність метастазів), та виконується від встановленого Договором розміру страхової виплати у відсотках (%) від Страхової суми за конкретною Хворобою:

- 2.9.3.4.1. Т – 50%;
- 2.9.3.4.2. N – 75%;
- 2.9.3.4.3. M – 100%.

2.9.3.5. Якщо наслідком однієї Хвороби Застрахованої особи, передбаченої у Таблиці виплат (В), яка відбулася протягом періоду дії Договору страхування, стала інша Хвороба, яка настала протягом періоду дії Договору страхування та передбачена у Таблиці виплат (В), то страхова виплата здійснюється у розмірі, передбаченому для більш важкої з цих двох Хвороб.

2.9.3.6. Страхове покриття для Застрахованої особи за цим Розділом ризиків (п.2.9.3.) в разі настання декількох страхових випадків, припинить свою дію після виконання страхової виплати у розмірі Загальної Страхової Суми, визначеної Договором страхування для конкретної Застрахованої особи за вирахуванням всіх інших виплат і Франшиз (якщо вони передбачені Договором), що вже були зроблені за Договором страхування.

2.9.3.6.1. Загальна сума страхової виплати стосовно більше ніж однієї Хвороби, окрім передбаченого п.2.9.3.5. Загальних Умов, які за умовами Договору страхування визнаються страховим випадком та визначені в Таблиці виплат (В) розраховується шляхом додавання відповідних відсотків, вказаних в Таблиці виплат (В), але в будь-якому випадку така сума до виплати не повинна перевищувати Страхову Суму за Договором, визначену для Застрахованої особи. Якщо сума до виплати дорівнює або менше Франшизи, що визначена в Сертифікаті (Частині А Договору), то жодних виплат за Страховим покриттям не буде здійснено.

2.9.4. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок Хвороби. Лікарняні виплати при Тимчасовій втраті працездатності Застрахованої особи внаслідок Хвороби, визначеного Таблицею виплат (В) протягом строку дії Договору страхування.

2.9.4.1. Якщо протягом строку дії Договору страхування (після набуття ним чинності), Застрахована Особа захворіє на Хворобу, передбачену умовами Договору, що безпосередньо та незалежно від усіх інших причин призведуть до Тимчасової втрати працездатності і Госпіталізації, Страховик може здійснити:

2.9.4.1.1. відшкодування понесених Застрахованою особою витрат у межах встановленого Договором граничного розміру страхової виплати у відсотках (%) від Страхової суми, визначеної Таблицею виплат (В) Загальних Умов для конкретної Хвороби, на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплати їх вартості;

чи

2.9.4.1.2. «Щоденну Виплату» для Застрахованої особи, якщо така виплата передбачена Договором, а саме: суму відповідальності (ліміт відповідальності по даному ризику) у розмірі від 0,05% до 0,7% від Страхової суми за кожний день непрацездатності або лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару у зв'язку із Хворобою визначеним в Таблиці виплат (В) Загальних Умов, але в будь-якому випадку не більше 60% від граничного значення страхової виплати за такою Хворобою відповідно до умов Договору. У Сертифікаті (Частині А Договору) зазначається Ліміт відповідальності по даному ризику та граничне значення страхової виплати у відсотковому або абсолютному вираженні.

2.9.4.2. У випадку декількох госпіталізацій за одним і тим самим випадком, що слідує одна за одною з перервою менше ніж 30 (тридцять) днів між кожною з них, франшиза буде застосовуватись лише один раз, і такі госпіталізації будуть вважатися як один безперервний період. Максимальний безперервний період госпіталізації за Договором 90 (дев'яносто) днів.

2.9.5. Критичні захворювання, вперше діагностовані в строки дії Договору страхування

2.9.5.1. Страховим випадком за п. 2.9.5. Загальних умов вважається настання Критичного захворювання вперше виявленого (діагностованого) в житті Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування, за умови якщо таке Страхове покриття передбачено в Сертифікаті (Частині А Договору).

2.9.5.2. Перелік Критичних захворювань, що може бути передбачений Договором:

- Рак;
- Інфаркт Міокарду;
- Інсульт;
- Ниркова недостатність;
- Коронарне шунтування;
- Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку;
- Сліпота (Втрата зору);
- Параліч (втрата функцій кінцівок);
- Хірургічне втручання на аорті;
- Хірургічне втручання на серцевому клапані;
- Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу);
- Інші захворювання за умови погодження Сторонами Договору.

2.9.5.3. Страхове покриття по вказаних Критичних захворюваннях надається з врахуванням визначень і Виключень (Винятків), зазначених в цьому пункті, а саме:

2.9.5.3.1. Рак:

характеризується злякисного новоутворення, які гістологічно описуються як злякисні і характеризуються прогресуючим неконтрольованим зростанням і розповсюдженням злякисних клітин, метастазами та інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним та/або цитологічним дослідженням.

Страховим випадком визнається факт встановлення Застрахованій особі точного діагнозу хвороби, вперше виявленої в житті Застрахованої особи в період дії Договору, відповідно до визначених характеристик, за умови, якщо діагноз (з обов'язковим зазначенням ураженого органу) в клінічній стадії за класифікацією TNM (P, G), та від початку страхування Застрахованої особи до моменту гістологічного та/або цитологічного підтвердження минуло більше 90 діб.

Страховим випадком також визнається встановлення діагнозу таких хвороб (при дотриманні умови врахування періоду очікування 90 діб), як:

- Лейкемія (крім хронічної лейкоцитарної лейкемії);
- Лімфома; Хвороба Ходжкіна (лімфогранулематоз);
- Діагноз повинен бути підтверджений онкологом на підставі даних гістологічного дослідження.

Наведене нижче є Виключенням:

1) пухлини з ознаками злякисних змін у вигляді carcinoma-in-situ та пухлини, які гістологічно означені як передракові або не інвазійні, включаючи, але не обмежуючись: carcinoma-in-situ молочних залоз, дисплазія шийки матки CIN-1, CIN-2 та CIN-3;

- 2) гіперкератози, базальноклітинний та плоскоклітинний рак шкіри, меланоми менше ніж 1,0 мм товщини по Бреслоу або менш, ніж рівень 3 за Кларком, якщо не виявлено метастазів (проростань в інші органи);
- 3) рак передміхурової залози, віднесений за результатами гістологічного дослідження до класу T1a або T1b за класифікацією TNM, або рак передміхурової залози еквівалентних або більш ранніх стадій за іншими класифікаціями, T1N0M0 папілярна мікрокарцинома щитовидної залози менше 1 см в діаметрі, папілярна мікрокарцинома сечового міхура та хронічний лімфолейкоз в стадії нижче, ніж стадія 3 RAI.
- 4) саркома Капоші та всі пухлини за наявності ВІЛ-інфекції, Синдрому Набутого Імунодефіциту, позитивного тесту на ВІЛ, ВІЛ-асоційованого комплексу.
- 5) всі ступені вираженості цервікальної інтраепітеліальної неоплазмії;
- 6) будь-які злоякісні чи передракові новоутворення, папілома сечового міхура, поліпоз кишківника, хвороба Крона, виразковий коліт, гематурія, стул з кров'ю, кровохаркання, лімфаденопатія, спленомегалія, кахексія.

2.9.5.3.2. Інфаркт Міокарду:

Некроз частини серцевого м'язу, що виникає через недостатнє кровопостачання до відповідної області серцевого м'язу. Цей діагноз підтверджується наявністю одночасно трьох або більше з наступних критеріїв нового інфаркту міокарду:

- 1) Типовий біль в центральній частині грудної клітини, який є симптомом інфаркту міокарда;
- 2) Нові стійкі зміни на електрокардіограмі (ЕКГ), що свідчать про наявність інфаркту;
- 3) Діагностично значуще, суттєве підвищення рівня ферменту серцевого м'язу;
- 4) Діагностично значуще підвищення рівня Тропоніну (Т або І);
- 5) Визначена через 3 місяці або більше після випадку фракція викиду лівого шлуночка менш ніж 50%;
- 6) Гостре порушення скорочувальної функції м'язів;
- 7) Значне збільшення кардіальних ферментів в крові, характерних для пошкодження клітин міокарду (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК).

Наступні патології є Виключенням з страхового випадку:

Інфаркти міокарду без зміни сегменту ST і з збільшенням показників тропоніна І чи Т в крові (ішемія міокарда, інші гострі коронарні синдроми (стабільна/ нестабільна стенокардія), що не призвели до розвитку інфаркту міокарду. Безбольовий інфаркт міокарду.

2.9.5.3.3. Інсульт:

Гостре порушення мозкового кровообігу, включаючи інфаркт мозкової тканини, внутрішньомозковий та субарахноїдальний крововилив, емболію та тромбоз судин головного мозку, що викликають стійку та необоротну неврологічну симптоматику. Цей діагноз має відповідати всім наведеним нижче умовам:

- 1) Наявність стійких неврологічних порушень, які підтверджуються лікарем-неврологом не менш ніж через 6 тижнів після випадку;
- 2) Дані магнітно-резонансної томографії, комп'ютерної томографії або іншого достовірного візуального методу дослідження, що відповідають діагнозу нового інсульту.

Наступні стани є Виключенням:

- 1) Транзиторні ішемічні атаки;
- 2) Ураження головного мозку внаслідок нещасного випадку або травми, інфекції, васкуліту або запального процесу;
- 3) Захворювання судин з ураженням ока або зорового нерву;
- 4) Ішемічні порушення вестибулярної системи;
- 5) Оборотно ішемічне неврологічне порушення (напад);
- 6) Неврологічні симптоми, які виникають в результаті мігрені;
- 7) Лакунарні інсульти без неврологічної симптоматики.

2.9.5.3.4. Ниркова недостатність:

Стадія хронічної незворотної недостатності функції обох нирок або єдиної нирки, що супроводжується підвищенням рівня креатиніну в крові від 800 мкмоль/л і вище (від 10,1 мг% і вище) та іншими клінічними симптомами, що вимагає постійного програмного (хронічного) гемодіалізу чи перитонеального діалізу або трансплантації нирки.

Виключення:

ниркова недостатність в стадії компенсації;
ниркова недостатність за відсутності необхідності у постійному гемодіалізі чи трансплантації нирок.
Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення діалізу або трансплантації нирки.

2.9.5.3.5. Коронарне шунтування:

Фактично перенесене протягом строку дії Договору страхування хірургічне втручання з розкриттям грудної клітки з метою корекції звуження або закупорки однієї або кількох коронарних артерій методом шунтування. Цей діагноз має бути підтверджений методом коронарної ангіографії значної обструкції коронарної артерії, та процедура має бути призначена лікарем-кардіологом за медичними показаннями.

Виключення:

ангіопластика та всі інші внутрішньо артеріальні малоінвазивні втручання, ендоскопічні та інші нехірургічні методи лікування, включаючи лазеротерапію.
Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення операції.

2.9.5.3.6. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку:

Пересадка Застрахованій Особі:

- 1) Кісткового мозку людини, при якій використовуються гемопоетичні стовбурові клітини після повного видалення (екстирпації) кісткового мозку;

Або

- 2) Одного з таких органів людини: серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози, що є наслідком незворотної кінцевої стадії недостатності відповідного органу.

Виключення: інші трансплантації стовбурових клітин;

трансплантація інших, не перелічених вище органів, частин органів чи будь-яких тканин або клітин;

селективна трансплантація клітин Лангерганса підшлункової залози;

операція з трансплантації, що необхідна в зв'язку з участю Застрахованої особи в якості донора

в будь-якій програмі живих донорів органів (нирки, печінки, кісткового мозку і т.інш.).

Рішення про страхову виплату не може бути прийняте до проведення трансплантації.

2.9.5.3.7. Сліпота (Втрата зору):

Клінічно підтверджена стійка та невідновна втрата зору обох очей внаслідок хвороби або нещасного випадку, що сталися в строк дії чинного Договору страхування і якщо сліпота (втрата зору) стала наслідком цього Нещасного випадку.

Коректована гострота зору, навіть при використанні допоміжних засобів (імплантат, окуляри, контактні лінзи тощо), повинна бути менше 6/60 або 20/200 при перевірці за допомогою тестів по Снеллену, або повинно бути обмеження поля зору обох очей до 20о (градусів) і менше.

Діагноз постійної втрати зору має бути встановлений лікарем - офтальмологом не менше ніж через 6 місяців після початку конкретної хвороби або нещасного випадку.

2.9.5.3.8. Параліч (втрата функцій кінцівок):

Повна та незворотна втрата функції не менш ніж двох кінцівок внаслідок травми або захворювання. Цей стан має бути належно підтверджений лікарем-неврологом.

Виключення:

параліч при синдромі Гійена – Барре, самошкодження.

2.9.5.3.9. Хірургічне втручання на аорті:

Фактично перенесене порожнинне хірургічне втручання з метою корекції аневризми, звуження, обструкції, травматичного розриву аорти або розшарування аорти за допомогою хірургічного отвору в грудній клітці або животі. З метою визначення, під терміном маються на увазі грудна та черевна частини аорти, але не її гілки.

Малоінвазивні або внутрішньоартеріальні методики є **Виключенням**.

2.9.5.3.10. Хірургічне втручання на серцевому клапані:

Фактично перенесене в строки дії чинного Договору страхування хірургічне втручання на відкритому серці з метою заміни або усунення дисфункцій серцевого клапану. Діагноз патології (ураження) серцевого клапану має бути підтверджений результатами катетеризації серця або ехокардіографії, та процедура має бути рекомендована за медичними показаннями лікарем-кардіологом.

Виключення: операції на клапанах серця в зв'язку з їх вродженими аномаліями.

2.9.5.3.11. Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу).

гетерогенне, хронічне, запальне і демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи з ураженням білої речовини головного та спинного мозку.

Остаточний діагноз повинен бути підтверджений лікарем - невропатологом за усіма наступними ознаками:

Результати досліджень, що беззаперечно підтверджують діагноз розсіяного склерозу;

Множинний неврологічний дефіцит (неврологічна симптоматика), що має місце протягом 6 місяців;

Належним чином задокументовані загострення та ремісії названих симптомів та неврологічних дефіцитів в анамнезі;

специфічними для даного захворювання результатами магнітно -резонансної томографії.

2.9.5.4. У разі настання Страхового випадку по ризику згідно з п. 2.9.5.3, якщо він передбачений Сертифікатом (Частина А Договору страхування), Страховик здійснює Страхову виплату у розмірі Страхової суми або частки від страхової суми (ліміту відповідальності) за даним Страховим випадком, в залежності від того, що визначено Договором страхування.

Розділ 3. Порядок укладення Договору страхування

3.1. 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.

3.2. У разі недотримання письмової форми, а також, в інших випадках, передбачених Цивільним кодексом України, Законом України «Про страхування», Договір страхування є нікчемним.

3.3. Договори страхування укладаються з дотриманням вимог законодавства України про мови.

Договір страхування укладається у двох примірниках українською та англійською мовою, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін. За наявності розбіжностей між текстом Договору українською мовою та англійською мовою, пріоритет має текст Договору викладений українською мовою.

3.4. Договір страхування складається із наступних частин:

Частина А (Сертифікат Договору);

Частина В «Список Застрахованих осіб»;

Частина С «Умови Страхування на випадок хвороби. Винятки (Виключення)» ;

Всі Частини Договору (Додатки до Договору) підписуються Сторонами та є невід'ємними частинами Договору.

3.5. При укладенні Договору страхування щодо страхування ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).

3.5.1. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику щодо страхування ризиків, стосовно яких Страхувальник здійснює страхування, та яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування (за умови її оформлення), яка необхідна для прийняття рішення Страховиком щодо можливості укладання Договору:

Інформація про Страхувальника;

Інформація про осіб, що підлягають страхуванню (ПІБ, дата народження, ІПН, адреса, вид та рід професійної діяльності, Вигодонабувач, медична інформація щодо наявності у осіб, що подаються на страхування діагностованих хвороб, в тому числі критичних, призначеної групи інвалідності).

Потреби Страхувальника щодо якісного та кількісного наповнення страхового покриття (страхові суми, ліміти, ризики, що покриваються, тощо).

Інша істотна інформація для оцінки ступеню ризику і об'єктів страхування.

3.6. При укладенні Договору страхування, за яким страхуються ризики, пов'язані із страхуванням життя та здоров'я, Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи.

Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному таким Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням.

3.7. Період очікування щодо Хвороб та/або Критичних захворювань для Застрахованих осіб, які були застраховані не менше ніж 6 (шість) місяців поспіль, при безперервному поновленні Страхового покриття на наступні 12 (дванадцять) місяців не застосовується. У разі, якщо Застрахована особа була приєднана до Договору протягом періоду дії Договору і була застрахована менше ніж 6 (шість) місяців поспіль, Страховик залишає за собою право враховувати Період очікування вказаний в Таблиці виплат (В) для конкретної Хвороби у випадках передбачених за Договором.

Розділ 4. Порядок вступу Договору в дію

Сторони в процесі укладення Договору страхування визначають конкретний варіант порядку вступу в дію Договору (набуття чинності страхового покриття) і зазначають обраний варіант в Частині А Договору, виходячи з нижчезазначених можливих опцій:

4.1. Набуття чинності страхового покриття після сплати страхового платежу:

Страхове покриття починається з 00 год. 00 хв. дня, наступного після дня отримання Страховиком належної страхової премії (або її чергової частини). У будь-якому випадку, жодні збитки не підлягають страховому покриттю та страховій виплаті, якщо вони сталися до моменту вступу в силу страхового покриття відповідно до умов Договору.

У випадку прострочення або неналежної сплати Страхувальником страхової премії або її чергової частини Сторони домовились призупинити дію страхового покриття, починаючи з 00 год. 00 хв. дня, наступного за останнім днем для сплати такої страхової премії або її чергової частини на строк, що не перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів.

У разі сплати належної страхової премії або її чергової частини протягом строку призупинення дії страхового покриття дія такого страхового покриття відновлюється, починаючи з 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком належної страхової премії.

Страхові випадки, які трапились протягом строку призупинення дії страхового покриття, страховій виплаті не підлягатимуть.

або

4.2. набуття чинності страхового покриття з дня, визначеного як початок строку дії Договору:

Страхове покриття починається з 00 год. 00 хв. дня, визначеного як початок строку дії Договору в Частині А Договору.

Якщо страховий платіж за кожний визначений період страхування не надійшов на поточний рахунок Страховика в розмірі 100 протягом 10 (десяти) робочих днів з дати, визначеної як дата сплати платежу за відповідний період страхування, то дія Договору припиняється/призупиняється з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою такої несплати, а Страховик звільняється від обов'язку виконати страхову виплату/відшкодування за випадками, що відбулися у період, за який не сплачено страховий платіж. У разі, якщо за такий період було здійснено страхові виплати/відшкодування, вони підлягають поверненню Страхувальником протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати припинення дії Договору на рахунок Страховика на підставі письмового повідомлення Страховика.

У разі належної сплати страхової премії або її чергової частини протягом строку призупинення дії страхового покриття дія такого страхового покриття відновлюється, починаючи з 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком належної страхової премії (або її чергової частини).

Страхові випадки, які трапились протягом строку призупинення дії страхового покриття, страховій виплаті не підлягатимуть.

У разі фактичного укладення Договору після початку строку його дії, Сторони, керуючись частиною 3 статті 631 Цивільного Кодексу України, домовились, що умови Договору застосовуються до правовідносин Сторін, які виникли з початку строку дії такого Договору.

У разі несплати/неналежної сплати Страхової премії застосовуються передбачені Договором умови відмови Сторін від правочину, якщо Сторонами не було погоджено інше.

Розділ 5. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору

5.1. Страхувальник (Застрахована особа) за Договором страхування зобов'язаний:

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

5.1.2. при укладенні та протягом строку дії Договору надавати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (відповідно до п. 3.5.1 Загальних умов);

5.1.3. при укладенні Договору страхування щодо страхування ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника зобов'язаний повідомити Страховикові про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).

5.1.4. Страхувальник, в разі укладення Договору страхування на користь третіх осіб, зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь. У випадках, визначених законодавством або Договором страхування, надання Застрахованою особою згоди на страхування є обов'язковим.

5.1.5. повідомляти Страховика протягом строку дії Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо 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 за Договором страхування, а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованих осіб;

5.1.6. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та в строки, визначені Договором страхування;

5.1.7. у письмовому вигляді та шляхом електронного листування надати Страховикові відомості про осіб, які приймаються на/виключаються зі страхування, у строк не пізніше 2 (двох) робочих днів до дати початку/припинення дії Договору щодо цих Застрахованих осіб;

5.1.8. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо предмету Договору;

5.1.9. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

5.1.10. ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування, та порядком здійснення страхових виплат;

5.1.11. дотримуватись умов Договору страхування;

5.1.12. Повідомляти Страховикові про настання Страхової події в порядку і в терміни, передбачені Договором страхування. Якщо випадок вимагає по закону втручання Компетентних органів - не пізніше 2 (двох) годин із моменту, коли стало відомо про настання Страхової події, повідомити про цей випадок Компетентні органи.

5.1.13. Надати представникові Страховика можливість провести розслідування у відношенні причин і розміру збитків, брати участь у заходах по зменшенню збитків.

5.1.14. Протягом 30 днів після настання страхової події за свій рахунок надати Страховикові письмову Заяву про страховий випадок, яке містить докладний звіт про настання страхового випадку та необхідні документи.

5.1.15. надати Страховикові та/або Асистансу право повного доступу до медичної документації Застрахованих осіб;

5.1.16. у межах своєї компетенції вживати заходів по усуненню несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб.

5.2. Страхувальник (Застрахована особа) за Договором страхування має право:

5.2.1. до укладення Договору страхування ознайомитись з інформацією про страховий продукт, що пропонується, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб Страхувальника;

5.2.2. ініціювати зміни до переліку Застрахованих осіб, розміру страхової суми, збільшення лімітів, передбачених договором шляхом внесення відповідних змін до Договору і підписанням Додаткової угоди до Договору страхування;

5.2.3. на внесення змін або доповнень до умов Договору в порядку, передбаченому Договором;

5.2.4. при укладенні Договору страхування визначити іншу особу (Вигодонабувача), яка, відповідно до Договору, має право на страхову виплату (відшкодування) з урахуванням вимог п.5.1.3. Загальних умов;

5.2.5. до настання страхового випадку змінити Вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування.

- 5.2.6. вимагати виконання Страховиком умов договору;
- 5.2.7. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором;
- 5.2.8. достроково припинити дію Договору стосовно будь-якої Застрахованої особи, про що Страхувальник надає Страховику письмову заяву не пізніше 2 (двох) робочих днів до дати припинення дії Договору щодо певної Застрахованої особи;
- 5.2.9. на отримання дублікату Договору в разі втрати оригіналу;
- 5.2.10. отримати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати надання відмови у виплаті. Датою надання заяви вважається дата реєстрації такої Заяви у Страховика. Датою відповіді вважається дата реєстрації вихідного листа у Страховика;
- 5.2.11. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

5.3. Страховик зобов'язаний:

- 5.3.1. до укладення Договору страхування надати Страхувальнику інформацію про страховий продукт, що пропонується, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб Страхувальника та надати інформацію про Страховика, передбачену Ст. 87 Закону України «Про страхування» з дотриманням умов її надання в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю з Страхувальником за умови можливості підтвердження факту надання інформації;
- 5.3.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки Страховику стане відомо про настання страхового випадку, та Страховик отримує всі необхідні належні для здійснення виплати документи, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати/страхового відшкодування;
- 5.3.3. прийняти рішення щодо кваліфікації заявленої події (з ознаками страхового випадку) як страхового чи не страхового випадку та здійснити страхову виплату за страховим випадком відповідно до умов Договору. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання своїх обов'язків шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені) розмір якої визначається умовами Договору страхування.
- 5.3.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його майновий стан та стан здоров'я, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.
- 5.3.5. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

5.4. Страховик має право:

- 5.4.1. вимагати від Страхувальника надання достовірної інформації, що необхідна для укладення Договору страхування та визначення ступеню ризику за Договором. Перевіряти надану Страхувальником, при укладенні Договору, інформацію про стан здоров'я Застрахованих осіб. При укладенні Договору страхування Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи. Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком. В такому разі Страховик сплачує всі прямі та супутні витрати, пов'язані з таким обстеженням за свій рахунок.
- 5.4.2. у разі необхідності Страховик або уповноважені ними особи направляють запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
- 5.4.3. перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи для уточнення діагнозу, що підтверджують факт настання страхового випадку, розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я. Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком. В такому разі Страховик сплачує всі прямі та супутні витрати, пов'язані з таким обстеженням за свій рахунок;
- 5.4.4. відмовити у страховій виплаті/відшкодуванні у випадках, передбачених Договором страхування, зокрема, Розділу 10 та Розділу 11 Загальних Умов, та у разі, якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі) та розміри понесених Застрахованою особою витрат на лікувально-оздоровчі послуги, медикаменти, відповідно до встановленого діагнозу і призначень лікуючого лікаря чи документи надані в неналежному стані і не дозволяють ідентифікувати платника чи послуги, за якими здійснювалися витрати ;
- 5.4.5. достроково припинити дію Договору страхування на умовах і в порядку, передбаченому Договором, чинним законодавством України;
- 5.4.6. на отримання заяв Застрахованих осіб від Страхувальника;
- 5.4.7. вимагати визнання Договору недійсним і повернення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику отриманих за Договором страхових виплат/відшкодувань, якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив Страховику неправдиві відомості про об'єкт страхування або обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню ризику.
- 5.5. Якщо Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства. У разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування життя та здоров'я на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих. В інших випадках права і обов'язки страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 5.6. Страховик залишає за собою право відмовити Страхувальнику/Застрахованій особі у прийнятті на страхування у випадках передбачених Договором, а також за результатами призначеного Страховиком медичного обстеження та/або у разі недотримання вікових обмежень встановлених для Застрахованих осіб/ родичів Застрахованих осіб та їх ступеню спорідненості.

Розділ 6. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, їх правові наслідки

- 6.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін. Всі зміни до Договору мають бути оформлені Додатковими угодами до Договору, які є невід'ємними частинами Договору з моменту їх підписання.
- 6.2. Додаткова угода набуває чинності з дня, зазначеного у відповідній Додатковій угоді, підписаній Сторонами. У разі, якщо за умовами Додаткової угоди збільшується розмір страхового платежу, відповідальність Страховика в цій частині настає з дня, наступного за днем надходження доплати страхового платежу на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Додатковою угодою.
- 6.2. Про намір внести зміни до умов Договору (крім зменшення чи збільшення кількості застрахованих осіб, від кількості заявлених на дату початку дії Договору) Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.

6.3. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін до Договору, питання щодо дії Договору на попередніх умовах, на змінених умовах або про припинення його дії вирішується протягом 5 (п'яти) календарних днів від дати одержання повідомлень про внесення змін.

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

- 6.5.1. закінчення строку дії Договору страхування;
 - 6.5.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 6.5.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору;
 - 6.5.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтею 100 цього Закону України «Про страхування»;
 - 6.5.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 6.5.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
 - 6.5.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.
- 6.6. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України. Відповідно до Закону «Про страхування» Договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:
- 1) його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
 - 2) відсутній об'єкт страхування;
 - 3) Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
 - 4) у Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

6.7. Договір може бути достроково припинений за вимогою однієї з Сторін.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого Договору та законодавством України.

6.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

6.8.1. Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору відповідно до умов такого Договору, за вирахуванням Витрат на ведення справи (ВВС) з врахуванням п.1.18 Загальних умов, фактичних страхових виплат (Сплачені страхові виплати та Заявлені, але не сплачені страхові виплати, зарезервовані в сумі отриманих Застрахованою(-ими) особою(-ами) послуг), що були здійснені за Договором.

6.8.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

6.9. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:

- 6.9.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;
- 6.9.2. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням Витрат на ведення справи (ВВС) з врахуванням п.1.18 Загальних умов, фактичних страхових виплат (Сплачені страхові виплати та Заявлені, але не сплачені страхові виплати, зарезервовані в сумі отриманих Застрахованою(-ими) особою(-ами) послуг), що були здійснені за Договором.

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

6.11. Дія Договору страхування може бути достроково припинена відносно конкретної Застрахованої особи без припинення дії Договору в цілому. **По відношенню до Застрахованої особи дія Договору припиняється у випадку:**

- 6.11.1. закінчення строку дії Договору;
- 6.11.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, в тому числі, якщо сума наданих Застрахованій особі на умовах Договору послуг, медикаментів тощо, досягла страхової суми, визначеної Договором страхування для даної Застрахованої особи;
- 6.11.3. смерті Застрахованої особи;
- 6.11.4. за вимогою Страхувальника (Застрахованої особи, якщо вона одночасно є і Страхувальником за Договором) або Страховика, в тому числі, шляхом виключення Застрахованої особи із Списку Застрахованих осіб за Договором страхування.
- 6.11.5. якщо в період дії Договору Застрахована особа стає недеєздатною, дія Договору для цієї Застрахованої особи припиняється на підставі Заяви Страхувальника з дати визнання цієї особи недеєздатною; У разі обмеження судом дієздатності фізичної особи – Страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника.

6.12. Умови внесення змін до списку Застрахованих осіб

6.12.1. Внесення змін може здійснюватись у вигляді додавання або виключення Застрахованих осіб із списку Застрахованих осіб: для Страхувальників - юридичних осіб у зв'язку із прийомом або звільненням працівників Страхувальника, залучення працівників на договірних умовах, тощо, за заявою Страхувальника.

Для Страхувальників - фізичних осіб, об'єднаних у колективні договори у зв'язку з дострахуванням нових осіб на строк дії і на умовах колективного договору, або за заявою Страхувальника у зв'язку з достроковим припиненням страхування відносно конкретної Застрахованої особи, надісланих засобом електронного зв'язку за 2 робочих дні до бажаної дати змін у форматі «Excel» в установленій Страховиком формі.

Для Страхувальників - фізичних осіб, які приєднані до Договору страхування у формі групового договору, дострокове припинення/виключення з Договору відбувається за заявою Страхувальника/Застрахованої особи у зв'язку з достроковим припиненням страхування відносно даної конкретної Застрахованої особи.

6.12.2. Фізичні особи, що підлягають підключенню до діючого Договору страхування (фізичні особи, яких Страхувальник планує додати до діючого Договору) покриваються страховим захистом на період дії Договору страхування, який залишився до дати, яка ним визначена як закінчення строку дії Договору, за умови підключення даної особи (осіб) до Договору страхування шляхом підписання Додаткової Угоди до Договору з відповідною сплатою додаткової премії за новоприйнятими фізичними особами.

6.12.3. Додавання Застрахованих осіб до списку Застрахованих осіб за Договором.
Для новоприйнятими фізичних осіб віком до 65 років, які включені до Договору страхування протягом періоду його дії (на термін, менше 1 року), страхова премія розраховується базуючись на визначеному в Договорі річному тарифі обраної програми страхування за одним із варіантів, передбачених Договором:

6.12.3.1. **пропорційно до періоду покриття**, при цьому страхова сума пропорційно буде зменшена для Застрахованої особи;

Додаткова премія при такому підключенні, розраховується пропорційно за наступною формулою:

$СП(\text{до сплати}) = СП(1 \text{ день}) \times (D2 - D1 + 1)$

де:

СП(до сплати) – страхова премія до сплати;
СП(1 день) – страхова премія за 1 календарний день страхування;
D2– дата закінчення дії Договору страхування;
D1– дата початку страхування по застрахованій особі.

6.12.3.2. **з застосуванням коефіцієнту короткостроковості** із збереженням річної страхової суми на Застраховану особу. Розмір страхового тарифу при страхуванні осіб на термін менше 1 (одного) року та страховий платіж, до дати закінчення дії Договору по відношенню до особи яка підлягає страхуванню, розраховується шляхом множення базового річного страхового тарифу на коефіцієнт короткостроковості.

Коефіцієнти короткостроковості встановлені в наступних розмірах:

Термін дії Договору, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,4	0,42	0,58	0,63	0,7	0,75	0,8	0,85	0,89	0,92	0,98

При укладанні Договору страхування на термін менше одного місяця, або на період, в якому є неповний місяць - тариф встановлюється як за період повного місяця і страховий платіж, до дати закінчення дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню, розраховується відповідно.

6.13. Виключення Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб

6.13.1. Виключення Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб вважається достроковим припиненням дії Договору по відношенню до цієї Застрахованої особи, відбувається за ініціативою Страхувальника.

6.13.2. Договір припиняє свою дію по відношенню до Застрахованої особи датою, заявленою Страхувальником Страховику як дата припинення дії Договору страхування відносно Застрахованих осіб. Дата припинення дії Договору страхування відносно Застрахованої особи фіксується шляхом підписання Сторонами Додаткових угод до Договору.

6.13.3. Розрахунок залишку невикористаного платежу при виключенні Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб:

$СПв = (СПсплачений - СПвикористаний) \times (1 - R) - L$,

де:

ЗО – застрахована особа

СПв – страхова премія до повернення за невикористаний період страхування ЗО, по відношенню до якої дія Договору страхування припиняється;

СПсплачений - страхова премія сплачена (у тому числі та, що підлягає до сплати в разі відстрочки платежу) за період від дати початку дії по відношенню до ЗО до дати закінчення страхового періоду, в який відбувається дострокове розірвання;

СПвикористаний - використаний страховий платіж за період дії Договору по даній ЗО.

$СПвикористаний = СПпрогр(1 \text{ день}) \times N$,

де:

СП (1 день) – страхова премія за ЗО за 1 день страхування;

$N = \text{кількість днів дії страхового покриття по ЗО}$;

$N = D2 - D1 + 1$

D2– дата дострокового закінчення страхування по ЗО;

D1– дата початку страхування по ЗО;

R – Витрати на ведення справи (ВВС) вказані в пункті 1.18 Договору;

L – сума виплат (Сплачені страхові виплати) по ЗО, яку виключають зі страхування на дату укладення Додаткової угоди.

Якщо в результаті розрахунків за Додатковою угодою $СПв < 0$, Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не доплачує за особу, яка знімається зі страхування.

6.14. Усі зміни до списку Застрахованих осіб оформлюються шляхом підписання Додаткових угод до Договору.

6.15. Додаткова угода набуває чинності з дня, зазначеного у відповідній Додатковій угоді, підписаної Сторонами. У разі, якщо за умовами Додаткової угоди збільшується розмір страхового платежу, відповідальність Страховика в цій частині настає з дня, наступного за днем надходження доплати страхового платежу на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Додатковою угодою.

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

Відповідно до Закону «Про страхування» Договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:

1) його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;

2) відсутній об'єкт страхування;

3) Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;

4) у Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

Розділ 7. Порядок відмови від Договору

7.1. Порядок відмови від Договору:

7.1.1. За ініціативою Страхувальника:

Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору (Договору страхування відносно Застрахованої особи), без пояснення причин, надіславши Страховику повідомлення у письмовій (електронній) формі відповідно до положень ст.107 Закону України «Про страхування» та інших вимог чинного законодавства України.

Наслідком такої відмови Сторін від Договору (в тому числі Договору страхування відносно Застрахованої особи), є припинення всіх його умов, включаючи зобов'язання Сторін, починаючи з моменту укладення такого Договору, тобто відмова Сторін від Договору означає настання такого стану правовідносин між Сторонами, ніби Договір і не укладався. Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі.

7.1.1.1. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом періоду дії Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, шляхом переказу коштів за банківськими реквізитами Страхувальника, вказаними у повідомленні, зазначеному у п.7.1.1. Частини С Загальних умов , протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання такого повідомлення.

7.1.1.2. У разі виявлення страхового випадку після повернення Страхувальнику страхової премії за цим пунктом Страховик матиме право зменшити розмір страхової виплати та суму такої премії, або вимагати її сплати у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

7.1.2. З приводу несплати страхової премії:

7.1.2.1. У разі неналежної сплати або повної несплати відповідної страхової премії Страхувальником (в тому числі у разі неналежної сплати або повної несплати відповідної страхової премії Застрахованою особою, на якій лежить обов'язок по Договору сплатити страхову премію за страхування), Сторони, керуючись статтею 214 Цивільного Кодексу України та статтею 107 Закону України «Про страхування», домовилися відмовитися від Договору страхування (Договору страхування відносно Застрахованої особи за страхування якої не надійшов страховий платіж), починаючи з моменту його укладання.

Наслідком такої відмови Сторін від Договору є припинення всіх його умов, включаючи зобов'язання Сторін, починаючи з моменту укладання такого Договору страхування. Тобто відмова Сторін від Договору означає настання такого стану правовідносин між Сторонами, ніби Договір страхування і не укладався. Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі. Підписанням Договору страхування Сторони виражають взаємну згоду відмовитися від Договору відповідно до цього пункту. У разі, якщо Договір страхування передбачає поетапну сплату Страхувальником страхової премії, таке положення про відмову від Договору не буде застосовуватися до тих періодів дії страхового покриття, за які Страховик отримав від Страхувальника належним чином сплачені частини страхової премії.

Якщо під час дії Договору, за яким передбачено сплату страхової премії Страхувальником (Застрахованою особою), страхова премія не надійшла частково або в повному обсязі, а Застрахований скористався послугами, передбаченими по Програмі Договору і вже було здійснено страхові виплати лікувальним установам за обслуговування Застрахованих, суми цих виплат підлягають поверненню Страхувальником протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати пред'явлення Страховиком письмової вимоги Страхувальнику щодо компенсації понесених ним витрат за фактичний період дії Договору.

Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі.

Розділ 8. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

8.1. Договором страхування може бути передбачений один з двох варіантів контактних даних для звернення в разі настання події, що має ознаки страхового випадку:

8.1.1. Департамент врегулювання збитків **ПрАТ «СК «Колоннейд Україна» (протягом робочих годин)**

Номери телефонів:

- +38 (044) 537-53-89
- +38 (044) 537-53-90

E-mail: claim@colonnade.com.ua із зазначенням в темі листа: «Прізвище, ім'я, по-батькові, номер Договору».

8.1.2. Служба медичного Асистансу **«МАРС-АСИСТАНС» (цілодобово)**

Номери телефонів:

- +38 (067) 4066186
- +38 (050) 4463331
- +38 (073) 1540937
- +38 (044) 3039072
- +38 (044) 3399985

Мессенджер: Viber, Telegram : +38 099 4686068 (тільки повідомлення)

E-mail: mars@colonnade.com.ua із зазначенням в темі листа: «Прізвище, ім'я, по-батькові, номер Договору».

8.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язані:

8.2.1. негайно, але не пізніше 2 (двох) годин від моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, **звернутися за медичною допомогою** до лікувально-профілактичного закладу (лікарні, травм пункту) та/або службу швидкої медичної допомоги;

8.2.2. негайно, але в будь-якому випадку не пізніше 2 (двох) годин від моменту настання події, що має ознаки страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен повідомити про настання такої події державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків подій, що мають ознаки страхового випадку, розслідування причин їх виникнення, внесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до події з ознаками страхового випадку (відповідний орган МВС України, пожежна охорона, гідрометеослужба, заклади охорони здоров'я, а також на період воєнного стану - військових адміністрацій, органів місцевого самоврядування (за згодою), сил територіальної оборони Збройних Сил, Національної гвардії, Національної поліції, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я України, Служби безпеки України (за згодою), а також за згодою - представників відповідних експертних (медичних) служб, громадських організацій і релігійних об'єднань, міжнародних гуманітарних організацій, спрямованих на забезпечення збору тіл (останків) загиблих, тощо), надалі Компетентні органи.

8.2.3. **Повідомити** про будь-яку подію з ознаками страхового випадку (подію, що може викликати виплату по страховому покриттю за Договором), **Страховику не пізніше 3 (трьох) робочих днів** з моменту коли такий випадок стався або про нього стало відомо Страхувальнику (Застрахованому). **Повідомлення про смерть Застрахованої особи повинне бути надане того ж дня, коли про це стало відомо.**

8.2.4. **Заява про будь-яку подію з ознаками страхового випадку**, що може викликати в подальшому виплату по страховому покриттю за Договором, повинна бути надана Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, Спадкоємцями) Страховику в письмовій формі якомога раніше, але в будь-якому випадку **не пізніше 30 (тридцяти) днів після такого випадку.**

8.2.5. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, Спадкоємець) зобов'язаний надати Страховику всі документи, необхідні для встановлення факту настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

8.2.6. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу/ Вигодонабувача). Страхові виплати за Договором страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, чи страхової виплати за іншими договорами страхування або сум, отриманих від інших осіб як відшкодування збитків.

Розділ 9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат

9.1. Обов'язковою умовою відповідальності Страховика за здійснення страхової виплати Застрахованій Особі/Вигодонабувачу/Спадкоємцям є те, що всі медичні дані, записи та кореспонденція, які стосуються предмета вимоги по сплаті страхової виплати мають бути доступні для вивчення на вимогу Страховика, і, що призначений Страховиком медичний консультант (або консульти) при розгляді вимоги про виплату будуть мати дозвіл проводити обстеження самої Застрахованої особи або знайомитися з медичними документами Застрахованої особи так часто, як це вважатиметься Страховиком за необхідне.

Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком. В такому разі Страховик сплачує всі прямі та супутні витрати, пов'язані з таким обстеженням за свій рахунок;

9.2. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу/ Вигодонабувача). Страхові виплати за Договором страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, чи страхової виплати за іншими договорами страхування або сум, отриманих від інших осіб як відшкодування збитків.

9.3. У разі настання страхового випадку, передбаченого Договором страхування, Страховику надаються оригінали та/або засвідчені у встановленому законодавством України порядку копії документів, підтверджені належним чином. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу).

9.4. Перелік документів, які Застрахована особа повинна надати Страховику в разі настання страхової події для прийняття рішення Страховиком щодо кваліфікації події як страховий випадок і здійснення страхової виплати:

Усі заяви на виплату повинні включати в поданому пакеті наступні загальні документи:

- Номер Договору страхування або підтвердження Страхувальника про страхування Застрахованої особи за груповим (колективним, корпоративним) Договором;
- Заповнену письмову Заяву за формою, встановленою Страховиком, з докладно наведеними обставинами страхової події;
- реквізити рахунку для виплати страхового відшкодування;
- Копію Довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ПННК) / індивідуального податкового номеру (ІПН) та документ, який посвідчує особу, яка має право на отримання страхової виплати згідно з Договором;
- документ від Компетентних органів, який підтверджує факт настання страхового випадку.

9.4.1.1. У разі настання події з ознаками страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) крім документів, перерахованих в п.9.4.1. подає належним чином завірені копії або оригінали наступних документів:

- Будь-який звіт (довідку) правоохоронних органів стосовно Нещасного Випадку, там де це застосовно;
- Дату огляду Лікарем стосовно Хвороби та Консультативний лікарський висновок по результатах огляду;
- Завірені копії медичних документів належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування (детальні виписки з історії хвороби, консультативні висновки, дані обстежень, тощо), листок непрацездатності або довідку про непрацездатність, оформлену відповідно до чинного законодавства;
- Контактну інформацію Лікаря;
- Інші документи, на вимогу Страховика, що мають значення для кваліфікації даної події страховим випадком;

9.4.2. У випадку смерті Застрахованої особи, Вигодонабувач, крім документів, перерахованих в п.9.4.1. та п.9.4.1.1. подає належним чином завірені копії або оригінали наступних документів:

- офіційне свідоцтво про смерть або рішення суду про оголошення Застрахованої особи померлою, що набрало законної сили;
- посмертний та/або клініко-анатомічний (патологоанатомічний) епікриз (на вимогу Страховика);
- виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувально-профілактичного закладу та інші медичні документи належного зразку (консультативні висновки, дані обстежень, тощо), які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування;
- для інших ніж Вигодонабувач осіб, які мають право на отримання страхових виплат - Свідоцтво про право на спадщину.

9.4.3. У випадку отримання Постійної втрати працездатності Застрахованою особою, або/та встановлення їй I, II, III груп інвалідності внаслідок Хвороби, Критичного захворювання або Хвороби, що виникла внаслідок Нещасного випадку (НВ), Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) крім документів, перерахованих в п.9.4.1. та п.9.4.1.1. подає належним чином завірені копії або оригінали наступних документів:

- виписку з акту огляду Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) / Військово-лікарської комісії (ВЛК) або довідку до акту МСЕК/ВЛК про встановлення групи інвалідності;
- листок непрацездатності або його копію, виданий лікувально-профілактичним закладом про лікування, які підписані відповідальною особою та завірені печаткою ЛПУ та інші медичні документи належного зразку (консультативні висновки, дані обстежень, тощо), які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування;
- виписку з історії хвороби або картки амбулаторного хворого (на вимогу Страховика).
- інші документи, які безпосередньо пов'язані із з'ясуванням причинно-наслідкового зв'язку з настанням страхового випадку, за запитом Страховика;

9.4.4. У випадку Тимчасової втрати працездатності Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач), крім документів, перелічених в п.9.4.1. та 9.4.1.1., надає належним чином завірені копії або оригінали наступних документів:

- довідку про тимчасову повну втрату працездатності із зазначенням терміну лікування, діагнозу захворювання та загальними висновками лікаря або виписку з карти амбулаторного/ стаціонарного хворого, підписаною уповноваженою особою ЛПУ та завіреною печаткою цього закладу, довідку ЛПУ що підтверджує тимчасовий повний розлад здоров'я;
- листок непрацездатності або його копію, видану лікувально-профілактичним закладом.

9.5. У разі недостатності наданих Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем документів для встановлення факту, обставин, причин настання, наслідків страхової події, Страхувальник (Застрахована особа/ Вигодонабувач) на вимогу Страховика зобов'язаний надати також інші документи, враховуючи особливості конкретного страхового випадку, що необхідні для з'ясування обставин та причин страхового випадку, визначення розмірів збитку, здійснення страхової виплати та інші документи, відповідно до умов Договору. Страховик може вимагати документи стосовно історії хвороби Застрахованої Особи та/чи довідку від дільничного сімейного лікаря про захворювання, що мали місце до часу дії страхування.

9.6. Якщо Страховик вважає за необхідне мати медичну або іншу документацію від дільничного/ сімейного лікаря до підрахунку суми збитку, то обов'язком Застрахованої особи є надання таких документів, якщо вони є, Страховику за власний кошт.

9.7. Страховик має право аргументовано вимагати також інші документи, необхідні для встановлення факту настання страхового випадку.

9.8. Страховик за свій власний рахунок має право та можливість обстежувати Застраховану Особу у зв'язку з подією з ознаками страхового випадку та може робити це так часто, наскільки це буде необхідно під час вирішення питання про страхову виплату, та має право вимагати зробити розтин у разі смерті Застрахованої особи, якщо це не буде суперечити чинному законодавству України.

9.9. Страховик протягом 20 (двадцяти) робочих днів після одержання всіх необхідних та належним чином оформлених документів приймає рішення про страхову виплату або про відмову у страховій виплаті та не пізніше 10 (десяти) робочих днів після прийняття рішення здійснює страхову виплату на підставі Страхового акту складеного Страховиком.

9.10. При розрахунку суми страхової виплати Страховик керується умовами Розділу 2 і Таблиць Виплат Загальних Умов.

9.11. У випадках, визначених чинним законодавством України, при проведенні фінансових операцій, щодо яких необхідне проведення ідентифікації та верифікації, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язані надати Страховику

інформацію (документи, та їх копії), на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму-му та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

9.12. Страховик буде здійснювати всі виплати по страховим випадкам в безготівковій формі.

9.13. У відношенні до будь-якої вимоги стосовно Інвалідності, жодних страхових виплат не буде зроблено доки будь-яка неприцездатність не буде визнана МСЕК/ВЛК.

9.14. У випадку, коли Застрахована Особа отримує виплату по Інвалідності та/або Тимчасовій втраті працездатності (переломи, опіки, перебування в лікарні), після чого те ж саме Тілесне Ушкодження приведе до смерті Застрахованої особи, то виплата по смерті буде зменшена на суму всіх виплат по Інвалідності та/або тимчасовій втраті працездатності, що були зроблені за Договором.

9.15. У будь-якому випадку відповідальність Страховика відносно кожної Застрахованої особи обмежуватиметься Страховою Сумою, яку зазначено в Договорі для конкретної Застрахованої особи.

9.16. Якщо будь-які виплати, що повинні бути здійснені Страховиком, затримуються у зв'язку з очікуванням розслідування справи, зазначені виплати можуть бути на розсуд Страховика зроблені по отриманню підтверджень від Лікаря, призначеного Страховиком.

9.17. Виплати будуть зроблені тільки Застрахованій Особі, а у разі смерті або недіездатності Застрахованої особи – Вигодонабувачу або Спадкоємцю за Законом;

9.18. При здійсненні будь-яких виплат за Договором, Страхувальник та Застрахована особа передає Страховику всі права Застрахованої особи на отримання відшкодування від будь-якої винної особи чи організації та Застрахована особа повинна здійснити та надати засоби та документи й робити все інше необхідне для забезпечення таких прав. Застрахована особа не повинна вчиняти будь-які дії після страхового випадку з метою перешкоджання реалізації таких прав.

9.19. Якщо документи, що необхідні для підтвердження настання страхового випадку та розміру страхової виплати, не надані у повному обсязі та/чи у належній формі, або з порушенням існуючих норм (в документах компетентних органів відсутні номер, дата, штамп, наявні виправлення тексту, нерозбірливо написано, тощо), то рішення про страхову виплату/відмову у страховій виплаті Страховик має право відстрочити до моменту отримання ним всіх необхідних належних документів в порядку та строки, визначені Договором.

Розділ 10. Підстави відмови у страховій виплаті

10.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат/ страхових відшкодувань є:

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

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

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

10.1.4. надання Страхувальником / Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу, її стан здоров'я, або про факт настання страхового випадку та ненадання на момент здійснення страхування Страхувальником / Застрахованою особою інформації щодо наявності у Застрахованої особи групи інвалідності і захворювання, відносно якого призначена інвалідність (інвалідизуюче захворювання);

10.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховику встановити факт, причини, характер та обставини настання події з ознаками страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

10.1.6. наявність обставин, які є Винятками/Виключеннями із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Загальними Умовами та Договором страхування;

10.1.7. ненадання Страховику повного комплексу документів відповідно до умов Розділу 9 Загальних умов протягом 12 (дванадцяти) місяців з дати настання страхового випадку;

10.1.8. інші випадки, передбачені цим Договором та/або чинним законодавством України.

10.2. Причиною відмови Страховика у здійсненні страхових виплат/страхових відшкодувань також є:

10.2.1. настання подій, які не є страховими випадками згідно з Загальними Умовами і умовами Договору, включно, але не обмежуючись наступним:

10.2.1.1. якщо Застрахована особа регулярно займається діяльністю, в ході якої може підпадати під значно більший ризик, ніж визначений у Договорі страхування (включаючи професійну діяльність, пов'язану з підвищеним ризиком, екстремальні види спорту та професійний спорт, участь у змаганнях) і, якщо Страхувальник попередньо не повідомив Страховика про це, і не отримав письмової згоди Страховика на внесення змін Договору страхування (з відповідною сплатою додаткових страхових премій, які Страховик може доцільно вимагати для того, щоб дати таку згоду). Для жодного Нещасного випадку, і Хвороби, яка стала наслідком такої діяльності чи Нещасного випадку, пов'язаного з цією діяльністю, не буде надане страхове покриття і не буде виплачене страхове відшкодування, страхова виплата.

10.2.1.2. лікування чи наслідки невралгічних чи психічних проблем, в незалежності від їх класифікації, психіатричних чи психологічних симптомів та синдромів, будь якого виду депресій чи психічного розладу;

10.2.1.3. несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку у строки дії Договору;

10.3. ненадання лікарю-експерту Страховика (лікарю, який співпрацює з Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду;

10.4. невиконання (виконання неналежним чином) Страхувальником або Застрахованою особою обов'язків, встановлених Договором;

10.5. Страховик має право призупинити виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Вигодонабувачу) за Договором, у випадку застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача санкцій відповідно до законодавства України та/або санкцій, заборон або обмежень відповідно до резолюцій Організації Об'єднаних Націй, норм законодавства Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Федеративної Республіки Німеччини, Швейцарської Конфедерації, Сполучених Штатів Америки, Канади. При цьому Страховик зобов'язується письмово повідомити Страхувальника про прийняття рішення щодо призупинення здійснення страхового відшкодування згідно з цим пунктом протягом 2 (двох) робочих днів з дати прийняття такого рішення, з обов'язковим наданням Страхувальнику копій документів та/або посилань на нормативні акти (з зазначенням їх реквізитів та офіційних інтернет-джерел, на яких вони розміщені), на підставі яких Страховиком було прийнято рішення призупинити виплату страхових відшкодувань згідно з цим пунктом Загальних умов. Після припинення застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача вказаних санкцій та/або заборон та/або обмежень Страховик відновлює виплати страхових відшкодувань Страхувальнику (Вигодонабувачу) за Договором, в тому числі тих, що підлягали виплаті під час дії зазначених санкцій та/або заборон та/або обмежень.

10.6. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати/ страхового відшкодування може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

Розділ 11. Винятки (Виключення) із страхових випадків та обмеження страхування

11.1. Всі Винятки (Виключення), передбачені Загальними Умовами є стандартними і застосовуються до всіх випадків, що виникають протягом строку дії Договору страхування крім тих, які окремо застережені ним і включені в складі Страхового покриття за Договором страхування.

11.2. Страховик не буде нести страхову відповідальність та не здійснюватиме страхових виплат за будь-якою подією з ознаками страхового випадку стосовно будь-якої Застрахованої Особи (дані події не є страховими випадками), а саме:

11.2.1. за будь-яку втрату працездатності, стан чи Хворобу, що виникли в період до включення Застрахованої Особи до Страхового покриття за Договором, та за будь-яку втрату працездатності, стан чи Хворобу, не передбачені Загальними Умовами і Договором страхування;

11.2.2. за будь-яку втрату працездатності, стан чи хворобу, що сталися через перетворення атомних ядер чи дію радіації, через штучне пришвидшення атомних часток чи через інші явища такого роду (впливу ядерної енергії, у тому числі взаємодії з радіоактивними речовинами);

11.2.3. за Тілесні ушкодження та Хвороби як їх наслідки:

11.2.3.1. що сталися через війну, нашістя, дії іноземних ворогів, ворожих дій (незалежно від того, чи було оголошено війну), громадянську війну, повстання, революції, бунту чи дій військових або незаконних озброєних формувань, сил, що викликані чи сталися через активну участь у будь-якому повстанні, громадських безпорядках чи актах громадянської непокори; дії військової чи узурпованої сили, дій будь-якої особи від імені і у зв'язку з будь-якою партією чи організацією, чия діяльність спрямована на силове повалення влади, терористичних дій, юридичних чи фактичних силових дій уряду;

11.2.3.2. пов'язані з участю Застрахованої особи у військовій, військово-повітряній або військово-морській службі або операціях, якщо інше не передбачено умови Договору страхування;

11.2.3.3. що сталися через цілеспрямоване застосування військових сил з метою призупинення, попередження або знешкодження будь-якого відомого або підозрюваного терористичного акту;

11.2.3.4. що сталися через терористичний акт;

11.2.3.5. що сталася через або були спровоковані навмисними діями Застрахованої особи;

11.2.3.6. що сталися через навмисне піддавання себе небезпеці (за виключенням спроби врятування людського життя); навмисному нанесені собі пошкоджень, самогубство чи спробу самогубства чи ухилення від виконання медичних призначень, отриманих у зв'язку з настанням Хвороби, Критичного захворювання або Хвороби, спричиненої Нещасним випадком;

11.2.3.7. що були чи сталися з Застрахованою особою чи були набуті Застрахованою особою, в результаті вживання і дії алкоголю, ліків чи наркотиків, за виключенням офіційно підтвердженого вживання ліків з метою лікування за призначенням лікуючого лікаря медичного закладу і відповідно до цих призначень;

11.2.3.8. що сталися через заняття Застрахованою особою будь-якою діяльністю, що потребує зазвичай використання шолома чи інших захисних приладів (крім категорій професій, які включені в страхове покриття за Договором страхування), верховою їздою, будь-якими повітряними розвагами, альпінізмом або скелелазінням, автомобільними змаганнями, дайвінгом, професійним спортом, якщо інше не передбачено Договором;

11.2.3.9. будь-яку Хворобу, її лікування та наслідків такого лікування чи невдалого лікування при самолікуванні або лікуванні, що призначено особою (закладом), що не має медичної ліцензії;

11.2.3.10. що сталися при участі чи були спричинені участю в будь-якому виді спорту, в тому числі у якості професійного спортсмена;

11.2.3.11. що сталися при чи були викликані участю у будь-яких змаганнях, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин;

11.2.3.12. що сталися при чи були викликані їздою чи керуванням мотоциклу, якщо це не передбачено умовами Договору, з об'ємом двигуна більше 125 см³;

11.2.3.13. спричинені Застрахованої Особі при повітряній подорожі на літальних апаратах, окрім випадків, коли Застрахована Особа є пасажиром, що має сплачений квиток на зареєстрованому літаку авіакомпанії, що займається платним перевезенням пасажирів на регулярних та чартерних маршрутах за опублікованим розкладом;

11.2.3.14. отримані Застрахованою Особою внаслідок скоєння нею будь-якого кримінального злочину;

11.2.3.15. що сталися чи були викликані службою у війську та військових формуваннях, виконанням обов'язків чи участю у тренуваннях військових чи поліцейських сил чи міліції чи воєнізованої організації;

11.2.3.16. що сталися чи були викликані активною участю в будь-якому небезпечному виді спорту, наприклад, таких як: парашутизм, дельтапланеризм, парашутне буксування, катання на лижах поза лижнею, підводне плавання, спелеологію та стрибки за допомогою еластичного тросу;

11.2.3.17. що сталися чи були викликані продовженням або погіршенням будь-яким психіатричним, психічним або нервовим розладом Застрахованої особи, включаючи тривогу та/або депресію, діагностованим до початку будь-якої подорожі чи переміщення, на яку поширюється дія Договору, або симптоми якого були виявлені або досліджені до початку будь-якої подорожі, чи переміщення, на які поширюється дія Договору.

11.2.4. Хвороби і стани, викликані чи спровоковані станом, загально відомим як СНІД чи ВІЛ та/чи будь-якою відносною до нього хворобою чи станом, включаючи похідні чи відхилення від нього як би вони не були набуті чи спричинені. Застрахована особа у будь-якому випадку повинна довести, що захворювання не були викликані або не сталися через СНІД чи ВІЛ;

11.2.5. за несприятливі наслідки діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку у строки дії Договору;

11.2.6. за отримання Тілесних ушкоджень та Хвороби (як їх наслідки), смерть Застрахованої особи внаслідок прямого або опосередкованого впливу зброї масового ураження (зброя масового знищення) - не є страховим випадком за Договором. Види зброї масового знищення — біологічна зброя, хімічна зброя, ядерна зброя. Претензії, які будь-яким чином спричинені або обумовлені ядерною реакцією, ядерним випромінюванням або радіоактивним забрудненням.

11.2.7. за будь-якою вимогою, що впливає з вагітності або пологів Застрахованої особи, якщо інше не передбачено Договором.

11.3. Не покриваються випадки травмування та Хвороби (як їх наслідків), чи смерті Застрахованих осіб внаслідок дії залишених вибухонебезпечних боєприпасів - вибухонебезпечних боєприпасів, які не були використані під час збройного конфлікту та були забуті чи залишені стороною у збройному конфлікті і більше не знаходяться під її контролем. Отримання Тілесних ушкоджень, смерть Застрахованих осіб внаслідок пошукових дій знарядь війни, їх транспортування, розбирання, використання, обладнання чи переобладнання, виготовлення і зберігання не є страховим випадком за Договором. Страхове відшкодування по таким випадкам не здійснюється.

11.4. **Страховими випадками не визнаються та Страхова виплата не здійснюється для наступних станів/Хвороб, крім випадків, прямо передбачених Страховим покриттям за ризиками Критичних захворювань, вказаних в Сертифікаті (Частина А Договору) та Таблицях виплат за Договором:**

- 11.4.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання протягом перших 90 (дев'яносто) календарних днів після набрання чинності Договором;
- 11.4.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та/або професійного захворювання, крім настання Смерті Застрахованої особи через Хворобу, спричинену Нещасним випадком;
- 11.4.3. захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані лікувально-профілактичним закладом протягом перших 30 (тридцяти) календарних днів після набрання чинності Договором;
- 11.4.4. Новоутворення, Хвороби ендокринної системи, коли відповідний діагноз встановлений лікувально-профілактичним закладом протягом перших 90 (дев'яносто) календарних днів після набрання чинності Договором;
- 11.4.5. Хвороба, на яку Застрахована особа хворіла до набрання чинності Договором;
- 11.4.6. загострення та ускладнення Хронічної хвороби, крім Смерті Застрахованої особи через загострення і/або ускладнення Хронічної хвороби, якщо така Хвороба передбачена в Таблицях виплат за Договором та включена у Страхове покриття;
- 11.4.7. Хвороби, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;
- 11.4.8. Хвороби, які є наслідком замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
- 11.4.9. Хвороби, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують комплексу карантинних заходів;
- 11.4.10. особливо небезпечні інфекційні хвороби (Наказ МОЗ України від 19.07.95 № 133), крім тих, які включені в страхове покриття за Договором страхування;
- 11.4.11. вади розвитку та аномалії розвитку, вроджені та спадкові захворювання;
- 11.4.12. венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом;
- 11.4.13. гостре або хронічне променеве ураження;
- 11.4.14. трансплантація внутрішніх органів; ендопротезування, придбання та використання протезів;
- 11.4.15. пластичні та косметичні операції, які спрямовані на покращення зовнішності та їх наслідки;
- 11.4.16. хвороби гінекологічного профілю, які пов'язані з абортми, вагітністю та пологами (крім позаматкової вагітності, якщо діагноз позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів з дня набуття чинності договором страхування), ендокринна гінекологія, жіноче та чоловіче безпліддя.

Розділ 12. Відповідальність Сторін за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору

- 12.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 12.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Застрахованій особі Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі, яка набуває прав Страхувальника, пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше 10% від суми страхової виплати.
- 12.3. За несвоєчасне перерахування страхового платежу Страхувальник сплачує Страховику пеню у розмірі 0,01% від розміру належного страхового платежу за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла на день прострочення страхового платежу.
- 12.4. У випадку необґрунтованої відмови медичної установи у наданні Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, або неповного надання медичної допомоги, Страховик, після отримання відповідної письмової заяви Застрахованої особи/Страхувальника, у найкоротший строк вживає заходів щодо забезпечення надання Застрахованій особі цих послуг у відповідному обсязі, передбаченому Програмою Страхування.
- 12.5. У випадку ліквідації, зміни переліку послуг, а також інших об'єктивних причин, незалежних від Страховика, внаслідок яких Застрахована особа не може обслуговуватися в медичній установі, відповідно до обраної Програми медичного страхування, Страховик гарантує оплату медичних послуг в іншому медичному закладі з аналогічним рівнем цін на медичні послуги і рівнем якості надання цих послуг.
- 12.6. Сторони повністю звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 3 (трьох) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. Після припинення дії (впливу) обставин непереборної сили зобов'язання за Договором, строк виконання яких настав, підлягають негайному виконанню. До обставин нездоланної сили належать:
 - 12.6.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що заперечують виконання обов'язків за Договором страхування;
 - 12.6.2. аварії, пожежі, катастрофи, вибухи, землетрус, військові/воєнні дії, маневри військ, народні заворушення, епідемії, пандемії, які офіційно оголошені, що виникли на території України після укладення Договору.

Розділ 13. Порядок вирішення спорів

- 13.1. Спори між Сторонами Договору щодо дотримання умов страхування вирішуються шляхом переговорів та/або в порядку, передбаченому чинним законодавством України, Загальними умовами та Договором страхування.
- 13.2. Страховик має право вимоги щодо повернення страхової виплати/відшкодування (її частини) протягом 3 (трьох) років, починаючи з дати здійснення страхової виплати/відшкодування, якщо на те є ґрунтовні підстави, передбачені чинним законодавством та/або Договором страхування.

Розділ 14. Захист персональних даних

- 14.1. Сторони, у зв'язку з Договором страхування, передають одна одній точні та достовірні персональні дані своїх представників, Застрахованих або інших осіб - суб'єктів персональних даних.
- 14.2. На підставі Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI Застрахована особа надає свою безстрокову згоду Страховику на обробку та використання її персональних даних, зазначених у Договорі та будь-яких інших документах, що надаються, або будуть отримані для укладення, внесення змін, розірвання або виконання Договору, в тому числі паспортних даних, РНОКПП / ІПН, даних щодо місця роботи, місця проживання, місця реєстрації, стану здоров'я, номери засобів зв'язку, адреси електронної пошти, реквізити банківського рахунку, інших даних, які надаються особою добровільно з метою реалізації мети обробки.
Метою обробки та використання персональних даних Застрахованої особи є забезпечення укладення, внесення змін, розірвання або виконання Договору, реалізація інших відносин у сфері страхування (в тому числі перестраховування), фінансових послуг та послуг Асистансу, адміністративно-правових відносин, податкових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку, відносин у сфері обліку та звітності.
- 14.3. Сторони гарантують, що будь-які персональні дані, що передаються відповідно до умов Договору, отримані, обробляються та передаються відповідно до вимог чинного законодавства України в сфері захисту персональних даних.
- 14.4. Сторони гарантують, що вони отримали згоду на обробку та передачу персональних даних, що передаються іншій Стороні, від відповідних суб'єктів персональних даних.

14.5. Сторони гарантують, що передача та обробка персональних даних у зв'язку з Договором страхування обмежується метою обробки персональних даних, що зазначена у згоді на обробку персональних даних відповідного представника Сторони, яка передає персональні дані, або в чинному законодавстві України.

14.6. Сторони гарантують, що всі суб'єкти, персональні дані яких передаються, були належним чином повідомлені про свої права, мету обробки персональних даних та осіб, яким ці дані передаються, відповідно до чинного законодавства України.

14.7. У разі порушення однією із Сторін вимог законодавства про захист персональних даних, інша Сторона не несе відповідальності за таке порушення. Сторони зобов'язуються відшкодувати одна одній будь-які збитки та витрати, пов'язані із розглядом або задоволенням будь-яких претензій з боку суб'єктів, чий персональні дані передаються відповідно до відповідного розділу Договору та чий права були порушені через невиконання відповідною Стороною зобов'язань, передбачених таким розділом Договору, а також інші витрати або збитки.

14.8. Сторона, що отримала персональні дані відповідно до умов Договору, обробляє такі персональні дані виключно у зв'язку з Договором та не включає їх у власні бази даних.

14.9. Страхувальник підтверджує, що Застрахована особа повідомлена у письмовій формі про включення її даних до бази персональних даних, про її права, визначені Законом України «Про захист персональних даних» та осіб, яким передаються персональні дані.

Згода Застрахованої особи на обробку її персональних даних не вимагає здійснення письмових повідомлень про зміну чи знищення персональних даних або обмеження доступу до них, передачу персональних даних третім особам. Згода Застрахованої особи на обробку її персональних даних діє протягом невизначеного строку та не припиняється з закінченням дії Договору. Пред'явлення вмотивованої вимоги щодо зміни або знищення персональних даних Застрахованої особи можливе, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними.

14.10. Сторони забезпечують всі необхідні організаційні та технічні засоби для належного захисту отриманих персональних даних від несанкціонованого доступу або обробки.

14.11. У випадку відкликання суб'єктом персональних даних своєї згоди на обробку переданих персональних даних у базі даних однієї із Сторін, така Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону про строк та умови припинення обробки персональних даних такого суб'єкта. Повідомлення вважається поданим належним чином, якщо воно відправлено Стороною Договору рекомендованим листом чи доставлене кур'єром за адресами, вказаними в Договорі страхування.

Розділ 15. Інші умови

15.1. Сторони зобов'язуються дотримуватися таємниці страхування та конфіденційності стосовно будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження такої інформації, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.

15.2. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що він отримав всю доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 85-88 Закону України «Про страхування». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною на веб-сайті Страховика за посиланням www.colonnade.com.ua, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

15.3. Якщо страховий платіж сплачується в іноземній валюті Договір страхування передбачає наступні умови:

15.3.1. усі платежі, будь-яким чином пов'язані з перерахуванням Страхувальником страхового платежу (включаючи комісії банка-посередника та банка Страхувальника) відбуваються за рахунок Страхувальника;

15.3.2. страхова сума та ліміти відповідальності за Програмою та в цілому за Договором зазначаються виключно у валюті України.

15.4. Курс валютування за Договором встановлюється один раз на дату підписання Договору, діє протягом усього строку дії Договору та дорівнює курсу Національного Банку України на дату підписання Договору (якщо інше не застережено Договором).

15.5. Застраховані особи, визначені у Списку Застрахованих осіб (Частина В Договору), дають згоду на отримання ними звернень (повідомлень, звітів, запитів тощо) по предмету Договору від Страховика засобами SMS розсилок, поштового зв'язку, електронною поштою, телефоном та/або факсимільним зв'язком.

15.6. Підписуючи Договір Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору на виконання вимог Закону України «Про Страхування» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені Статтею 87 Закону (надалі - інформація). Зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет www.colonnade.com.ua, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови такого Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страховиком та Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страховик та Страхувальник мають необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

15.7. Страхувальник підтверджує, що інформація щодо:

-страхової послуги, вартості цієї послуги для нього; відомостей про ліцензію на здійснення діяльності із страхування та спосіб перевірки її актуальності; наявності і виду винагороди, яку отримає страховий посередник при укладенні договору страхування;

-умов на надання додаткових страхових послуг та їх вартість; переліку послуг із страхування, які можуть надаватися Страховиком на запит клієнта, порядку та умов консультування клієнта щодо страхових послуг;

-інформації про будь-які інші платежі (крім страхових премій), які клієнт буде зобов'язаний сплатити у разі укладення Договору страхування; порядку сплати податків і зборів за його рахунок в результаті отримання страхової послуги;

-правових наслідків на порядку здійснення розрахунків із ним внаслідок дострокового припинення Договору страхування;

-інформацію про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу страховика, за якою приймаються скарги клієнтів);

-реквізитів органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізитів органів з питань захисту прав споживачів;

-розміру винагороди фінансової установи у разі, коли вона пропонує страхові послуги, що надаються іншими фінансовими установами;

надана йому до укладення та підписання Договору страхування та зрозуміла.

15.8. Сторони підтверджують та гарантують, що жодне з положень Договору не призводить до утворення спільного підприємства, простого товариства, або виникнення іншої форми об'єднання з метою ведення спільної підприємницької діяльності з об'єднанням вкладів або без нього.

15.9. Страхувальник та Страховик погодили використання електронного документообігу і кваліфікованого електронного підпису при виконанні Договору, в тому числі при складанні первинних облікових документів, із дотриманням законодавства України про електронні документи та електронний документообіг та законодавства України у сфері кваліфікованого електронного підпису. Сторони дійшли згоди здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісу електронного документообігу «ВЧАСНО» - <https://vchasno.ua/> (далі - «Сервіс») та відповідно до правил вказаного сервісу документообігу з застосування кваліфікованих

електронних підписів уповноважених осіб Сторін.

Документи на виконання умов Договору, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (далі по тексту - «електронні документи»), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних та які містять усі обов'язкові реквізити з накладанням кваліфікованого електронного підпису уповноваженої особи. При цьому, використання печатки під час підписання документів в електронному вигляді не є обов'язковим. Сторони погодили, що електронний документообіг через онлайн-сервіс «Вчасно» здійснюється за адресами електронної пошти Сторін, вказаними в Договорі страхування. Про зміну адрес електронної пошти Сторони повідомляють одна одну в письмовій формі в триденний термін із дня їх зміни.

15.10. Кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

Кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного кваліфікованого підпису.

Сторони досягли згоди, що датою оформлення (складання) електронного документа вважається дата, що зазначена в документі Стороною, яка сформувала такий документ та надіслала його іншій Стороні через Сервіс, незалежно від дати накладення кваліфікованого електронного підпису уповноваженими особами Сторін. Місцем укладання відповідного електронного документа вважається місце, вказане в його преамбулі.

У випадку виникнення технічних проблем у будь-якої зі Сторін Договору, Сторони вправі у будь-який момент призупинити оформлення електронних документів та повернутись до оформлення документів у паперовій формі. Сторона, у якій виникли технічні проблеми, повідомляє іншу Сторону у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів, Сторони створюють і підписують їх в паперовій формі та обмінюються ними в порядку, передбаченому Договором – нарочно або шляхом направлення рекомендованим листом з описом вкладенням за місцезнаходженням Сторони. Після усунення технічних проблем Сторони можуть повернутись до використання електронних документів.

15.11. Сторони погодили, що датою набрання чинності електронним документом є дата складання відповідного документу, чи дата, визначена в документі як дата набрання ним чинності, яка вказана в такому документі, не залежно від дати та часу підписання такого документу (накладення кваліфікованих електронних підписів) уповноваженими представниками Сторін.

15.12. Сторони погоджуються дотримуватися норм чинних нормативно-правових актів, включаючи, але не обмежуючись, норм чинного антикорупційного законодавства України, зокрема Закону України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014 № 1700-VII, а також антикорупційного законодавства інших країн, дія якого розповсюджується на правовідносини на території України.