

Пропозиція № 99-25/0002/1.1.3 від 01.07.2019 р.

щодо укладання електронного договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

Дана пропозиція є офіційною пропозицією Публічного акціонерного товариства «Страхова компанія «Країна», (код ЄДРПОУ – 20842474, надалі – Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти із Страховиком електронний договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страхувальника або його страхового агента відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби», що зареєстровані Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 26.03.2010 р. за № 0310201 (надалі – Правила страхування), ліцензії Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України серія АВ № 533006 від 26.03.2010 р. із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на веб-сайті www.krayina.com.

Адреса Страховика – 04176, м. Київ, вулиця Електриків 29 А.

Контактний телефон – 0 800 500 467 або 890 з мобільного.

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, про страхування здоров'я на випадок хвороби якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

ВИГОДОНАБУВАЧ – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання.

1. Терміни та визначення

Електронний договір страхування (Договір страхування) - електронний договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби;

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання договору страхування або отримання страхового відшкодування;

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)- сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Ідентифікація Клієнта в ІТС - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін - унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо;

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Клієнта в ІТС.

2. Порядок укладання електронного договору страхування

2.1. Страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування та викладених у цій пропозиції Умов добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – Умови страхування). Умови страхування є частиною Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, який складається з невід'ємних одна від одної частин (цієї пропозиції, Полісу та Умов страхування).

2.2. Укладення Договору страхування здійснюється на підставі даної пропозиції, що розміщується на веб-сайті Страховика www.krayina.com та його страхових агентів, а також в ІТС (тощо) Страховика та його страхових агентів.

2.3. У відповідності до статті 11 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної пропозиції Клієнтом вважається заповнення електронної заяви про укладення Договору страхування та

підписання електронного договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в ІТС Страховика або його страхового агента отриманого одноразового ідентифікатора. Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

Акцепт даної пропозиції може бути здійснено Клієнтом із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).

Заповненням електронної заяви про укладення Договору страхування Клієнт узгоджує всі істотні умови Договору страхування, передбачені ст. 16 Закону України «Про страхування», в тому числі: предмет страхування, страхову суму, перелік страхових випадків, розмір страхових платежів та порядок їх сплати, строк дії Договору страхування та ін.

2.4. Якщо Страховик і Страхувальник на підставі цієї пропозиції укладуть Договір страхування за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та його страхових агентів, він вважається укладеним у письмовій формі.

3. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Полісу Клієнту згідно п. 14 даної пропозиції.

4. Предметом Договору страхування є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

Згідно з Умовами страхування і Правилами страхування, Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або Вигодонабувачеві (спадкоємцю Застрахованої особи), а Страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови Договору страхування і Правил страхування.

5. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Закону України «Про страхування» та іншим нормативним актам.

6. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

6.1. Страховими випадками згідно з Договором страхування і Правилами страхування є наступні події, що мали місце під час дії Договору страхування, та підтвержені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судом тощо):

Страховий випадок			Розмір виплати, %**
6.1.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання*			100%
6.1.2. Настання у Застрахованої особи хвороби, передбаченої Додатком №1 до умов цього Договору			
Перелік класів хвороб	Розмір виплати, %**	Перелік класів хвороб	Розмір виплати, %**
Хвороби системи кровообігу	від 8% до 50%	Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини	від 5% до 40%
Хвороби крові, кровотворних органів	від 5% до 35%	Хвороби ендокринної системи	від 10% до 40%
Хвороби органів дихання	від 3% до 20%	Хвороби нервової системи	від 5% до 15%
Хвороби органів травлення	від 6% до 45%	Хвороби ока та вуха	від 1% до 15%
Хвороби сечостатевої системи	від 5% до 50%	Новоутворення	від 15% до 70%
Захворювання шкіри та підшкірної клітковини	від 0,5% до 10%	Інфекційні та паразитарні хвороби	від 1% до 40%

* Страховим випадком вважається смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення первинного захворювання (або загострення захворювання) в період дії Договору страхування, передбаченого Додатком №1 до Умов страхування, що настала під час дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня виникнення (загострення) захворювання.

**розмір виплати в % від Страхової суми за Договором страхування.

Повний перелік захворювань та розмір суми виплати зазначений у Додатку №1 до Умов страхування.

6.2. Страхове відшкодування не виплачується, якщо:

- інфекційне, паразитарне та вірусне захворювання встановлено протягом першого місяця дії Договору

страхування (для гепатиту типу А протягом першого місяця, для решти типів - протягом шести місяців);

- новоутворення та хвороби ендокринної системи, хвороби крові та кровотворних органів, хвороби нервової системи та органів чуття, системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини встановлені протягом перших трьох місяців дії Договору.

6.3. Не визнаються страховими подіями розлади здоров'я, у тому числі пов'язані із нещасними випадками, які не зазначені в Умовах страхування.

6.4. За Договором встановлюється період очікування страхового випадку - проміжок часу від дати початку дії Договору (дати поновлення дії страхового покриття за Договором після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування), протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Період очікування страхового випадку для кожного захворювання, передбаченого Договором, встановлюється строком в календарних днях відповідно до Додатку №1 Пропозиції.

7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії Договору страхування дорівнює 12 місяцям. Строк дії Договору страхування поділяється на сплачувані періоди страхування. Договір страхування діє за наявності сплати на відповідний(-і) сплачений(-і) період(-и) страхування. При цьому Договір страхування починає діяти з 00 годин 00 хвилин дня наступного після сплати річного (місячного) страхового платежу за перший сплачений період страхування. 7.2. Оплачуваний період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць. Сплачений період починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. Якщо страховий платіж надійшов у діючому періоду страхування, то сплачений період починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення попереднього сплаченого періоду страхування.

7.3. Укладений Договір страхування лонгується на такий самий строк у разі сплати наступних страхових платежів, якщо жодний з учасників Договору страхування не заявить про бажання його припинити.

11.4. У випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхового платежу протягом 6 (шести) місяців поспіль від дня закінчення останнього сплаченого періоду страхування Договір страхування припиняє свою дію.

8. СТРАХОВА СУМА

8.1. Під страховою сумою Сторони розуміють грошову суму (встановлену в національній валюті України), в межах якої Страховик зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми зазначається у п. 8 Полісу.

9. СТРАХОВИЙ ТАРИФ

9.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи та встановлюється Сторонами згідно п. 9 Полісу. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф (річний)
від 1 до 30 років включно	1,2%
від 31 до 40 років включно	1,8%
від 41 до 50 років включно	2,4%
від 51 до 60 років включно	3,6%
від 61 до 69 років включно	4,8%

9.2. В разі досягнення Застрахованою особою віку, за яким передбачено більший страховий тариф, ніж на дату укладання Договору, новий розмір страхового тарифу за Договором встановлюється з дати наступної за датою завершення періоду страхування, в якому відбулося відповідне збільшення віку Застрахованої особи. При збільшенні розміру страхового тарифу розмір страхового платежу за Договором пропорційно збільшується.

9.3. Розмір страхового платежу (загальний) за Договором визначається шляхом добутку страхової суми (загальна) та страхового тарифу.

10. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (загальний) зазначається у п. 10 Полісу.

11. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

11.1. Страхові платежі здійснюються за реквізитами: рахунок № 26507052600495, МФО 300711 в ПАТ КБ "Приватбанк", ЄДРПОУ 20842474.

11.2. **Спосіб сплати:** річний платіж у розмірі згідно з п. 10 цієї пропозиції або щомісячний регулярний платіж у розмірі 1/12 страхового платежу згідно з п. 10 цієї пропозиції з карткового рахунку Страхувальника.

11.3. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

11.4. Під час сплати страхового платежу в призначені платежу вказується наступне: «Страхова премія за договором № _____ від _____».

11.5. У разі несплати або неповної сплати відповідної частини страхового платежу на перший (наступний) сплачений період страхування Договір страхування не набуває сили (або призупиняє свою дію) і ніякі страхові виплати за ним не здійснюються. У разі сплати наступного місячного страхового платежу Договір страхування поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження місячного страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

11.6. У випадку сплати загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) в неповному розмірі, Страховик несе відповідальність за Договором пропорційно відношенню фактично сплаченої частини загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) до нарахованого та визначеного Полісом; у разі настання страхового випадку за Договором, страхова виплата зменшуватиметься пропорційно сплаченій частині загального страхового платежу (частини загального страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Договором "щомісячно рівними частинами")) за Договором.

12. МІСЦЕ СТРАХУВАННЯ

12.1. Місце дії Договору страхування – територія України.

12.2. Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території Донецької та Луганської областей, а також Автономну Республіку Крим, на території, які офіційно визнані зонами військових дій (збройних конфліктів), місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, які визнано зонами відчуження внаслідок аварії на ЧАЕС.

13. Факт укладення Договору страхування посвідчується страховим полісом (надалі - Поліс), який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у Заяві про укладення Договору страхування.

14. Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

15. Сторони домовилися, що відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса/повідомлення Страхувальнику. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Поліс на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

16. Сторони узгодили, що Поліс, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента згідно п.14 даної пропозиції може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика, зразок яких відображено в Умовах цієї пропозиції.

17. Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним Договором страхування за перший оплачуваний період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або його страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації страхового агента.

18. Страховик має право відкликати цю пропозицію шляхом оприлюднення заяви про відкликання пропозиції на офіційному веб-сайті www.krayina.com. не пізніше ніж за 30 календарних днів до дати такого відкликання.

19. Пропозиція дійсна з 01 липня 2019 р.

**Голова Правління
ПАТ «СК «Країна»**

О. В. Наконечний

Умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. Права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування

1.1. Страховик зобов'язаний:

1.1.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування;

1.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

1.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Правилами страхування та розділом 3 Умов страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% від суми простроченої виплати за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нарахована неустойка;

1.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 робочих днів після прийняття рішення;

1.1.5. Надавати роз'яснення з усіх питань, що виникають у Страхувальника за укладеним Договором страхування;

1.1.6. За заявою Страхувальника в разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

1.1.7. Не розголошувати відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

1.2. Страхувальник зобов'язаний:

1.2.1. Своєчасно і в повному обсязі вносити страхові платежі;

1.2.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

1.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за даним Договором страхування;

1.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

1.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом двох робочих днів за телефоном 3700 з мобільного та подати всі необхідні документи. Якщо Страхувальник не є одночасно ЗО, вищезазначених заходів повинна вжити ЗО;

1.2.6. Незалежно від повідомлення про настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), негайно, але в будь-якому разі не пізніше 2 (двох) робочих днів з дати, коли Страхувальнику (ЗО) стало відомо або повинно було стати відомо про це, повідомити Страховика про судові справи, розслідування, подані позови, проведення дізнань і розслідувань подій із смертельним випадком або по цивільних справах, а також про те, що компетентними органами чи службами проводиться розслідування, експертиза, відкрита кримінальна справа і т.п. заходи;

1.2.7. Повідомити Застрахованій особі, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом, є обов'язковою умовою Договору страхування;

1.2.8. Для вирішення питання про здійснення страхової виплати надати Страховику документи, передбачені розділом 3 Умов страхування;

1.2.9. Протягом дії Договору страхування в строк 2 (двох) робочих днів, з дня коли стало відомо або повинно бути відомо, повідомити Страховика про суттєві зміни ризику;

1.2.10. У разі збільшення ризику ініціювати внесення змін до Договору страхування та сплатити належну частину страхового платежу;

1.2.11. Проінформувати ЗО (у разі коли Страхувальник та ЗО є різними особами) про умови укладеного Договору страхування, протягом 3 (трьох) робочих днів з дня підписання Договору страхування а також про дії ЗО при настанні страхового випадку;

1.2.12. Письмово повідомити Страховика про зміну місцезнаходження Страхувальника, банківських реквізитів, протягом 2 (двох) робочих днів з дня, коли ці зміни стали відомі Страхувальнику із зазначенням нових реквізитів;

1.2.13. Повернути одержану від Страховика страхову виплату (або її частину), якщо виявиться, що Страхувальник не мав права на її одержання (протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги Страховика) або якщо збитки за страховим випадком (повністю або частково) відшкодовані іншими особами (протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня надходження цих сум Страхувальнику);

1.2-1. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового

платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

1.3. Страховик має право:

1.3.1. Вимагати від Страхувальника надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику.

1.3.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, закладів охорони здоров'я та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду);

1.3.3. Перевіряти надану Страхувальником та ЗО інформацію, а також виконання ним умов укладеного Договору страхування;

1.3.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених розділом 4 Умов страхування, Правилами страхування та чинним законодавством України;

1.3.5. Вимагати від Страхувальника (ЗО, Вигодонабувача) повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про обставини, зазначені у розділі 4 Умов страхування, або якщо з'ясується, що Страхувальник (ЗО, Вигодонабувач) не мав на це права або якщо витрати по страховому випадку відшкодовані іншими особами;

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

1.3.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати трьох місяців;

1.3.8. Відстрочити строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову страховій виплаті, у разі, якщо по факту страхового випадку здійснюється досудове розслідування або розпочато судовий розгляд - до закінчення розслідування або прийняття судового рішення;

1.3.9. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до положень Договору страхування та чинного законодавства України;

1.3.10. Робити запити до Страхувальника (ЗО) щодо надання інших документів, крім зазначених в Договорі страхування, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату;

1.3.11. На проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок у разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування причин, обставин та наслідків страхового випадку та якщо страховий випадок мав місце за обставин, з'ясувати які за наданими Страхувальником документами, неможливо;

1.3.12. Ініціювати внесення змін у Договір страхування.

1.4. Страхувальник має право:

1.4.1. Достроково припинити дію Договору страхування в порядку, передбаченому Договором страхування та чинним законодавством України;

1.4.2. Укладати зі Страховиком Договори страхування про страхування третіх осіб, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника;

1.4.3. Оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;

1.4.4. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами цього Договору;

1.4.5. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати в період дії Договору страхування, отримати Договір страхування в письмовій формі;

1.4.6. Змінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку;

1.4.7. Вимагати від Страховика дотримання конфіденційності відносно будь-якої інформації щодо цього Договору;

1.4.8. На проведення незалежної експертизи (розслідування) за власний рахунок, у разі незгоди з висновками експертизи, комісії з розслідування страхового випадку (у разі її створення);

1.4.9. Ініціювати внесення змін до Договору страхування.

1.5. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування, Сторони несуть майнову відповідальність згідно з чинним законодавством України.

2. Порядок зміни і припинення дії Договору

2.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

2.1.1. закінчення строку його дії;

2.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

2.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки, та/або ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика страхових платежів протягом 6 (шести) місяців поспіль;

2.1.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи чи смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України, з урахуванням положень Договору страхування.

2.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

2.1.6. дію цього Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

Про намір достроково припинити дію цього Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії цього Договору. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 30% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

2.2. Зміни та доповнення до Договору страхування можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється додатковою угодою до цього Договору страхування і є його невід'ємною частиною. Порядок внесення змін та доповнень до Договору здійснюється у відповідності до Правил страхування.

2.3. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії цього Договору.

2.4. Якщо в період дії цього Договору страхування Страхувальник-фізична особа (якщо він не є ЗО) визнаний судом недієздатним, то права та обов'язки Страхувальника переходять до його опікуна або ЗО.

2.5. Остаточний розрахунок між Сторонами, у разі дострокового припинення дії цього Договору страхування, здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником (ЗО) або Вигодонабувачем страхових подій (здійснення страхових виплат або прийняття рішень про відмову у виплаті).

3. Умови здійснення страхових виплат

3.1. Для отримання страхової виплати Страхувальник або Застрахована особа протягом двох робочих днів з дня з дня настання страхового випадку, повинні звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку. Сторони погоджуються, що заявою на виплату страхового відшкодування може бути телефонний дзвінок страхувальника на номер 3700 або заявка страхувальника сформована в системі «Приват-24».

3.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник (ЗО), Вигодонабувач або спадкоємиці повинні надати документи, що підтверджують настання страхового випадку, а саме:

3.2.1. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок первинного захворювання:

- заява про настання страхового випадку;
- свідоцтво про смерть Застрахованої особи (або його нотаріально завірена копія);
- довідка медичного закладу або виписка з амбулаторної карти, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;

- паспорт або документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою;

- свідоцтво про право на спадщину.

3.2.2. У випадку виникнення первинного захворювання Застрахованої особи:

- заяву про настання страхового випадку;

- довідка медичного закладу або виписка з амбулаторної карти, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу;

- паспорт або документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою.

3.2.3. Факт настання страхового випадку додатково може бути підтверджений іншими документами, що надаються на запит Страховика.

3.3. В документі медичного закладу, що підтверджує факт настання страхового випадку, повинні бути вказані:

3.3.1. найменування і місцезнаходження медичного закладу, його номер телефону;

3.3.2. прізвище, ім'я, по батькові ЗО, дата її народження;

3.3.3. домашня адреса і телефон ЗО;

3.3.4. дата звернення ЗО до медичного закладу;

3.3.5. діагноз, перелік видів медичної допомоги, що була надана ЗО медичним закладом;

3.3.6. строки лікування.

3.4. Документ медичного закладу скріплюється підписом відповідальної особи і засвідчується печаткою медичного закладу. Таким документом може бути виписка із медичної карти, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка тощо.

3.5. Документи, оригінали яких складено на іноземній мові, повинні бути перекладені на українську мову (бюром перекладів) та завірені належним чином.

3.6. Строк, протягом якого Страхувальник (ЗО) повинен надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи (або їх копії, завірені у встановленому порядку), які зазначені у розділі 3 цього Договору, що підтверджують факт настання страхового випадку, складає 10 (десять) календарних днів після закінчення лікування, а у випадку смерті ЗО – не пізніше 6 (шести) місяців з моменту настання страхового випадку.

3.7. Якщо документи, які зазначені у розділі 3 цього Договору, видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 3 (трьох) робочих днів з дня їх отримання Страхувальником (ЗО), його спадкоємцями або Вигодонабувачем.

3.8. За згодою сторін по договору страхування може бути передбачена заміна переліку всіх або частини документів, що підтверджують настання страхового випадку (розділ 3 цих Умов). Страховик має право звільнити Страхувальника (ЗО), його спадкоємців або Вигодонабувача від обов'язку надавати частину документів із переліку документів чи зобов'язати надати інші документи, що не передбачені розділом 3 цього Договору.

3.9. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (ЗО) або Вигодонабувачем документів, строк прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з моменту подання всіх документів, про що повідомляється Страхувальнику (Вигодонабувачу) протягом 3 (трьох) робочих днів.

3.10. Встановлений розмір страхової виплати (у відсотках від страхової суми) по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби становить:

3.10.1. при смерті ЗО внаслідок хвороби, передбаченою програмою страхування виплачується 100% страхової суми;

3.10.2. по захворюванню ЗО розмір страхової виплати розраховується згідно з Додатком 1 «Перелік хвороб і розмірів виплат при страхуванні здоров'я на випадок хвороби» до цих Умов страхування з урахуванням умов п. 11.6. Полісу.

3.11. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання всіх необхідних документів і відомостей про обставини настання страхового випадку та оформлюється страховим актом.

3.12. Страхові виплати проводяться протягом 7 (семи) робочих днів після затвердження страхового акту.

3.13. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (ЗО), Вигодонабувача або спадкоємців в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

3.14. Страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника (ЗО), Вигодонабувача (спадкоємців ЗО), всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку на підставі затвердженого Страховиком страхового акту.

3.15. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику (ЗО, Вигодонабувачу) на один з його рахунків, відкритих в ПАТ «КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в ПАТ «КБ «ПРИВАТБАНК», на любий інший, зазначений у заяві на виплату страхового відшкодування або готівкою. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхове

відшкодування виплачується її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

3.16. Сторони погоджуються, що виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком на реквізити банківської платіжної картки, з якої Страхувальником було сплачено страховий платіж, або на інший будь-який рахунок, відкритий в ПАТ «КБ «ПРИВАТБАНК».

3.17. Якщо страховий випадок призвів до розладу здоров'я і ЗО була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж випадку настала смерть ЗО, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому цими Умовами за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.

3.18. Страхова виплата за однаковим захворюванням здійснюється не більше одного разу на протязі року.

3.19. Договір страхування у відношенні до Застрахованої особи, якій здійснювались страхові виплати, не припиняє чинності до кінця строку дії цього Договору страхування. При цьому, відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, визначеною для Застрахованої особи Договором, та раніше проведеними страховими виплатами.

3.20. Якщо загальна сума виплат за страховими випадками досягла страхової суми, то дія Договору страхування по відношенню до такої ЗО припиняється.

3.21. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що сталися з однією ЗО в період дії цього Договору страхування, не може перевищувати розмір страхової суми, визначеної по кожній окремій ЗО.

3.22. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця оплаченого строку, а наступна відповідальність Страховика зменшується на виплачену суму. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія цього Договору страхування в частині відповідальності Страховика припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

4. Причини відмови у страховій виплаті

4.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

4.1.1. 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 цей Договір, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

4.1.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено цей Договір, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

4.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет страхування або про факт настання страхового випадку.

4.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені цим Договором, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

4.1.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів, що не відповідають вимогам розділу 3 Умов страхування.

4.1.6. Не надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів в строки, що передбачені розділом 3 Умов страхування.

4.1.7. У випадку звернення Застрахованою особою на протязі року вдруге та більше за страховою виплатою за однаковим захворюванням, якщо Страховиком в цей же строк було здійснено страхову виплату у відповідності до Додатку №1 Умов страхування.

4.1.8. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

4.1.9. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання захворювання або непроходження обстеження в визначений Страховиком термін.

4.1.10. Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що зазначені в розділі 3 Умов страхування.

4.1.11. Інші випадки, передбачені Правилами страхування та законодавством України.

4.2. Не визнаються страховими випадками захворювання та/або смерть внаслідок захворювання:

4.2.1. які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору страхування або після його закінчення;

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

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

4.2.4. які пов'язані з масовими епідеміями;

4.2.5. що отриманні в результаті військових дій, громадянських безладь, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;

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

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

4.2.8. вроджені вади та спадкові хвороби;

4.2.9. психічні хвороби;

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

4.2.11. ускладнення вагітності та пологів або штучне переривання вагітності та ускладнення після нього;

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

4.2.13. події, що сталися за межами території дії Договору страхування.

4.3. Згідно умов цього Договору винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи нагіпертонічну хворобу, стенокардію, геморої, лейкопенію, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти і трахеїти, гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, хвороби класу «Захворювання шкіри та підшкірної клітковини», хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, межреберна невралгія, кон'юнктивити, ГРВІ, грип, інші бактеріальні кишкові інфекції, мікози.

4.4. Не можуть бути Застрахованими особи:

4.4.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

4.4.2. які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний);

4.4.3. психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;

4.4.4. інваліди I та II групи.

5. Інші умови за згодою сторін:

5.1. При укладанні договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

5.2. Страхувальник, підписуючи Поліс, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних та персональних даних ЗО в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов Договору страхування без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору страхування, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи ПАТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

5.3. Страхувальник, шляхом підписання Полісу, підтверджує, що ознайомлений з Правилами страхування, цими Умовами страхування та інформацією, передбаченою ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

5.4. Суперечки, що виникають між сторонами Договору, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди - в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

5.5. Відносини, не врегульовані цим Договором, регулюються згідно з Правилами страхування та чинним законодавством України. У разі розбіжності тексту Правил страхування з текстом цих Умов страхування, перевагу має текст цих Умов страхування до Договору страхування.

**Голова Правління
ПАТ «СК «Країна»**

О. В. Наконечний