

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«СТРАХУВАННЯ ІНОЗЕМЦІВ (ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА),
ЯКІ ТИМЧАСОВО ПРОЖИВАЮТЬ В УКРАЇНІ»
№ 0222**

м. Київ

29.07.2026

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ

1.1. У цих Загальних умовах страхового продукту «Медичне страхування», надалі – **Загальні умови**, та Договорах медичного страхування, надалі – **Договори**, терміни та поняття вживаються у таких значеннях:

1.1.1. **Асистуюча компанія (Асистант)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (Асистуючі послуги/ Послуги Асистанта) Застрахованим особам, визначеним Договором страхування, координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають медичні (лікувальні) послуги Застрахованій особі в разі настання Страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистанта зазначаються у Договорі, зокрема, в Індивідуальних умовах.

1.1.2. **Асистуючі послуги (Послуги Асистанта)** – допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу/ послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги/ таких послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/ такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, включаючи оплату Асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги/ таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору зі Страховиком.

1.1.3. **Вперше виявлене (діагностоване) Захворювання** – це Захворювання, що було вперше в житті діагностовано у Застрахованої особи протягом строку дії Договору.

1.1.4. **Гострий біль** - реакція нервової системи Застрахованої особи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка, у випадку ненадання цій особі необхідної медичної допомоги, може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

1.1.5. **Гострий стан** - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина є здоровою або має Хронічне захворювання у стадії Ремісії) можливе Захворювання проявляється погіршенням життєвих показників та часто (але не обов'язково) больовим синдромом, щодо цього ця особа виражає суб'єктивні скарги.

1.1.5.1. Під «погіршенням життєвих показників» зокрема, розуміються наступні стани:

- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми;
- порушення свідомості, що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням;
- підвищення артеріального тиску та (частота серцевих скорочень) вище фізіологічної норми
- порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча;
- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі);
- різке порушення нормального для цієї особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору та/ або об'єму виділень).

1.1.5.2. Визначення гостроти, стадії патологічного процесу здійснюється виключно лікарем - після первинної консультації ЗО, після чого, на підставі зафіксованого письмово діагнозу, відбувається ідентифікація звернення ЗО за наданням Медичної допомоги у якості страхового випадку.

1.1.6. **Гостре захворювання** - це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, що призвело до погіршення її здоров'я та, у випадку

ненадання Медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

1.1.7. Декларація про стан здоров'я – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої ЗО (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором та/або цими Загальними умовами.

1.1.8. Договір страхування (Договір) – договір страхування, укладений у відповідності з цими Загальними умовами на користь Застрахованих осіб. Сторонами Договору є Страховик і Страхувальник.

1.1.9. Загострення Хронічного захворювання - це перебіг Хронічного захворювання (хронічної хвороби) Застрахованої особи, впродовж якого посилюються суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви Хвороби, які потребують лікування до повернення у період Ремісії, яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого Розладу здоров'я ЗО або загрожувати її життю та вимагає медичної допомоги.

1.1.10. Застрахована особа (ЗО) – фізична особа, яка є іноземним громадянином або особою без громадянства, яка на відповідних законних підставах тимчасово проживає на території України та в інтересах якої згідно з цими Загальними умовами та за її згодою, укладено конкретний Договір страхування.

1.1.11. Захворювання (хвороба) – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та/або органічними ушкодженнями органів та систем організму ЗО що загрожує її життю та/ або здоров'ю та який, у випадку ненадання ЗО необхідної медичної допомоги, може призвести до смерті цієї особи/ постійної або тимчасової втрати працездатності ЗО. За характером перебігу, захворювання поділяються на Гострі захворювання та Хронічні захворювання.

1.1.12. Координаційний центр - спеціалізований підрозділ Асистанта, що цілодобово займається прийомом та обробкою звернень Застрахованих осіб через голосові та інші канали зв'язку, наданням консультативної, інформаційної та організаційної допомоги Застрахованим особам, за необхідності одержання ними Медичних послуг в рамках Програм за Договорами страхування.

1.1.13. Картка Застрахованої особи (Картка) - персональна електронна та/ або паперова та/ або пластикова інформаційна картка, випущена Страховиком для оперативного інформування Застрахованої особи щодо: строку Страхового покриття, номеру Договору страхування та/або страхового полісу (сертифікату); контактних даних для звернення за Медичними послугами до Асистанта, медичного закладу чи аптеки, що є Партнером.

1.1.14. Клас обслуговування – відповідний рівень послуг та сервісу, що надається Застрахованій особі у Медичних закладах, визначених Програмою страхування для цієї ЗО.

1.1.15. Компетентні органи – органи, до компетенції яких належить розслідування причин Події та/або ліквідація її наслідків, роз'яснення та висновки яких відповідно до чинного законодавства України є необхідними та достатніми доказами для визнання Події страховим випадком. Компетентними органами, зокрема, можуть бути медичні заклади (установи), органи внутрішніх справ, національна поліція, органи ДСНС, аварійні служби тощо.

1.1.16. Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (фармакологічний засіб), дозволена до застосування в Україні уповноваженим на це органом у встановленому порядку, призначена для діагностики, лікування або профілактики Захворювань у людей.

1.1.17. Ліміт відповідальності – вказаний у Договорі розмір грошової суми, що є граничним значенням зобов'язань Страховика за окремим Об'єктом страхування, групою Об'єктів страхування, Страховим ризиком або Страховим випадком, групою Страхових ризиків та/або Страхових випадків тощо. Розмір Ліміту відповідальності не може перевищити Страхової суми, визначеної Договором для певної Застрахованої особи.

1.1.18. Медична (медико-санітарна) допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами фізичних осіб, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.1.18.1. Екстрена (швидка) медична допомога - медична допомога, яка надається Застрахованій особі при такому стані її здоров'я, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму ЗО або до загрози її життю. Надається, як правило, з виїздом спеціалізованої бригади швидкої (екстреної, невідкладної медичної) допомоги на місці перебування ЗО з подальшим транспортуванням, у разі необхідності за медичними показаннями, до найближчого або спеціалізованого Медичного закладу для проведення подальшого лікування;

1.1.18.2. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога - медична допомога, що надається

Застрахованій особі в амбулаторно-поліклінічних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. Передбачає надання медичних консультацій, лікарських послуг, діагностичних досліджень, медикаментів, перев'язочних засобів, необхідних засобів фіксації.

1.1.18.3. Невідкладна стаціонарна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. Передбачає проведення медикаментозного лікування, діагностичних та лікувальних процедур, оперативних втручань, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, надання консультаційних послуг, оплати вартості перебування в медичних палатах, у тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному Медичному закладі.

1.1.18.4. Невідкладна стоматологічна допомога – медична допомога, необхідна Застрахованій особі для зняття Гострого болю при захворюваннях і пошкодженнях зубів, щелеп та інших органів порожнини рота і щелепно-лицьової області. Передбачає проведення стоматологічного огляду ЗО, рентгенівського дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок Нещасного випадку.

1.1.18.5. Планова медична допомога - комплекс Медичних послуг, які надаються Застрахованій особі **понад обсяг** відповідної **невідкладної медичної допомоги** за умов, коли немає безпосередньої загрози життю і здоров'ю ЗО, але необхідні певні дії медичного характеру щодо поліпшення стану здоров'я Застрахованої особи.

1.1.19. Медичне обслуговування - діяльність Медичних закладів (їх відділень, підрозділів) та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали у встановленому законом порядку, відповідну ліцензію у сфері охорони здоров'я, безпосередньо пов'язаною з наданням Медичної допомоги та/ або реабілітаційної допомоги.

1.1.20. Медичний заклад (лікувально-профілактична установа (ЛПУ), Заклад з медичного обслуговування) - заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, фізичні особи-підприємці, основними завданням яких є забезпечення медичного обслуговування шляхом надання медичних послуг та/або надання реабілітаційної допомоги згідно з чинним законодавством України, з якими Страховик уклав договори про обслуговування Застрахованих осіб: медичні заклади МОЗ України, АН України, відомчі медичні заклади, приватні клініки, аптеки, діагностичні та консультативні центри, стоматології тощо. До Медичних закладів прирівнюються також установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації, зокрема, оздоровчо-профілактичні заклади (басейни, тренажерні зали тощо), асистуючі компанії, що не є структурним підрозділом Страховика, з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. Перелік Медичних закладів, в яких відбувається обслуговування Застрахованих осіб, має бути доступним на веб-сайті Страховика за посиланням, вказаним у Договорі страхування.

1.1.21. Медичні вироби (вироби медичного призначення) - будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, призначені для діагностики, лікування, профілактики організму людини та (або) забезпечення таких процесів.

1.1.22. Медичні послуги (Лікувальні послуги) – комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також, якщо це передбачено умовами Договору, надання лікарських засобів (Медичних виробів), необхідних для лікування Застрахованої особи. Вартість Медичних послуг, наданих Застрахованій особі, повністю або частково сплачується (відшкодовується) згідно з умовами, передбаченими Договором для цієї особи, за рахунок Страховика.

1.1.23. Місце дії Договору - територія, в межах якої, згідно Індивідуальних умов, Договір діє в частині зобов'язань Страховика при настанні Страхових випадків.

1.1.24. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/ або працездатності Застрахованої особи.

1.1.25. Партнер - організація, яка має договірні відносини із Асистантом та/ або Страховиком та яка уповноважена Асистантом та/ або Страховиком щодо залучення Асистантом до надання Застрахованим особам послуг, передбачених Договором, з урахуванням Програм страхування вказаних осіб.

1.1.26. Подія, що має ознаки страхового випадку (Подія) – це подія, визначення якої

відповідає змісту страхового ризику за цими Загальними умовами, що фактично настала, та з настанням якої на певних осіб, визначених Договором, згідно з умовами такого Договору і даних Загальних умов, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така подія може бути як визнана, так і не визнана у якості Страхового випадку.

1.1.27. Положення 182 – «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», затверджене Постановою Правління Національного банку України №182 від 25 грудня 2023 року.

1.1.28. Прейскурант – перелік послуг, що їх надає Медичний заклад та інші установи або особи, що надають або надали медичну допомогу, медичні та/ або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та/ або медичними виробами, Профілактично-оздоровчі та Реабілітаційні послуги), з чітко визначеною вартістю кожної послуги.

1.1.29. Програма страхування (Програма) - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром Страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, Страхової премії або Страхового тарифу, видом та розміром Франшизи. Положення Програми страхування, визначеною щодо конкретної ЗО, мають перевагу перед іншими положеннями Договору, що стосуються регулювання одних і тих же питань.

1.1.30. Раптове захворювання - раптове непередбачене погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи та яке, у випадку ненадання їй необхідної медичної допомоги, може призвести до тривалого Розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю.

1.1.31. Ремісія - період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок лікування, для якого характерно стихання/ зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів Хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи.

1.1.32. Розлад здоров'я – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму цієї особи.

1.1.33. Спеціалізовані заклади - треті особи, що на законних підставах є закладами з надання певних видів Медичних та інших послуг, передбачених Програмами страхування та надають послуги Застрахованим особам через Асистанта або Страховика.

1.1.34. Сторони – спільна назва Страхувальника і Страховика, як сторін Договору.

1.1.35. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку;

1.1.36. Страховий платіж – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

1.1.37. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.

1.1.38. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.

1.1.39. Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Ультра Альянс», код ЄДРПОУ 33152597.

1.1.40. Страхувальник – фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

1.1.41. Строк страхового покриття - період, протягом якого діє Страхове покриття за конкретним Договором та в разі настання Страхового випадку під час дії якого Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору.

1.1.42. Терористичний акт – застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокація воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.

1.1.43. Третя особа - будь-яка юридична або фізична особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованих осіб, Асистанта.

1.1.44. Хронічне захворювання - тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду Ремісії) морфологічними змінами та

функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість Хронічних захворювань характеризуються певною циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (Ремісії) проявів хвороби (інколи - до повного зникнення ознак хвороби).

1.1.45. Франшиза (Безумовна франшиза) – передбачена Договором частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку та вираховується при здійсненні страхової виплати. Франшиза може бути по конкретному Медичному закладі, Програмі страхування, групі послуг.

Інші терміни, що використовуються у цих Загальних умовах, вживаються у значеннях, наведених Законі України “Про страхування” та в інших нормативно-правових актах страхового законодавства України.

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Договір укладається у письмовій формі з дотриманням вимог чинного законодавства України, встановлених до письмової форми правочину, та укладається у письмовій формі (на паперових носіях).

2.2. Договір укладається на підставі ліцензій на здійснення діяльності із страхування, отриманих у порядку, передбаченому чинним законодавством України та які відповідають нижчезазначеним класам і підкласам страхування:

2.2.1. Клас страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”; ризик (підклас страхування) - 2) медичне страхування. Умовне позначення страхової послуги – **МС** (медичне страхування).

2.2.2. Клас страхування 13 «Страхування іншої відповідальності (крім визначеної у класах 10, 11, 12)», ризик в межах класу страхування «Страхування іншої відповідальності перед третіми особами, ніж відповідальність оператора ядерної установки за ядерну шкоду, яка може бути заподіяна внаслідок ядерного інциденту, без обмежень та особливостей, які дають підстави для застосування спрощеного підходу для розрахунку капіталу платоспроможності та мінімального капіталу». Умовне позначення страхової послуги – «**Депортація**».

2.3. Договір укладається українською мовою, з дотриманням вимог законодавства України про мови.

2.4. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення договору страхування. Таке інформування здійснюється відповідно до чинного законодавства шляхом розкриття відповідної інформації та розміщення її на веб-сайті Страховика для доступу та самостійного ознайомлення клієнтами / Страхувальниками та іншими особами, на користь яких укладаються договори страхування.

2.5. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит клієнта останньому надається безоплатна індивідуальна консультація, яку Страховик (страховий посередник) надає клієнту щодо умов страхових продуктів, що пропонуються, та рекомендації (пропозиції), який страховий продукт максимально відповідатиме вимогам та потребам клієнта у страхуванні (крім випадків, якщо клієнту пропонуються стандартні страхові продукти).

2.6. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування.

2.7. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи:

2.7.1. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- граничний термін тимчасового проживання ЗО в Україні;
- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми);
- бажаний перелік видів медичної допомоги та медичних послуг в Програмі страхування за Договором;

2.7.2. відомості про об'єкт страхування:

- прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) Застрахованої особи;

- дата народження Застрахованої особи;
- адреса проживання Застрахованої особи;
- РНОКПП Застрахованої особи;
- паспортні дані Застрахованої особи;
- контактні дані Застрахованої особи;

2.7.3. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, у т.ч. наявність такого інтересу у Застрахованої особи. Договір укладається з особами, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

2.8. Надання Страховику вказаної в п.2.7 інформації здійснюється Страхувальником шляхом заповнення форм документів (декларацій, заяв, анкет, опитувальників, переліку Застрахованих осіб тощо) або іншим способом, погодженим сторонами Договору страхування.

2.9. При укладенні Договору, Страхувальник також зобов'язаний:

2.9.1. надати Страховику документи, що ідентифікують особу Страхувальника, згідно з вимогами Закону "Про страхування";

2.9.2. надати Страховику інформацію для ідентифікації кожної Застрахованої особи (ЗО), що дає змогу однозначно встановити таку особу відповідно до законодавства України:

2.9.2.1. інформацію для ідентифікації Вигодонабувачів (у разі їх визначення): найменування або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження Вигодонабувачів або іншу інформацію, відповідно до законодавства України та/або щодо ідентифікації Вигодонабувачів - на вимогу страховика та/або страхового посередника в обсязі, достатньому для ідентифікації Вигодонабувачів в разі настання страхового випадку та однозначного визначення його права на отримання страхової виплати.

ПРИМІТКА. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу, визначеному відповідно до законодавства України, якщо зазначена в договорі інформація про Вигодонабувача не дає змоги однозначно встановити його особу.

2.10. Якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Страховику неправдиві відомості про обставини, зазначені у п.2.7 цих Загальних умов та/або навмисно приховав від Страховика обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику (особі, що має право на отримання страхової виплати) у страховій виплаті.

2.11. При укладенні Договору може бути передбачено, що страхова сума, страховий платіж та/або інші умови страхового покриття є однаковими для всіх Застрахованих осіб/ певної групи Застрахованих осіб, за умови зазначення їх кількості, або визначено індивідуальні умови для кожної Застрахованої особи/ групи Застрахованих осіб.

2.12. Договір складається з Частини 1 «Індивідуальні умови Договору страхування», надалі - Індивідуальні умови, Частини 2 "Загальні умови Договору страхування", якою можуть бути ці Загальні умови, а також Додатків до Договору страхування, перелік яких визначено згідно Індивідуальних умов.

2.13. Використання цих Загальних умов у якості Частини 2 Договору може здійснюватись відповідно до п.178 Положення 182.

2.14. Ці Загальні умови затверджено Наказом Голови Правління ПрАТ «СК «Ультра Альянс» №А_MUW_260722-83 від 29.07.2026.

2.15. Договори страхування, якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами, укладаються на паперових носіях у 2 (двох) примірниках, по одному для кожної Сторони, та підписується Страховиком і Страхувальником.

2.15.1. В Індивідуальних умовах конкретного Договору страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (у тому числі визначені цими Загальними умовами ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком), перелік обмежень страхування та/або винятків зі страхових випадків, права і обов'язки сторін Договору та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.

2.16. Факт укладання Договору щодо конкретної ЗО може посвідчуватися Страховим полісом (сертифікатом), що є формою Договору.

2.17. Підписанням Договору страхування Страхувальник надає дозвіл Страховику (його представникам, страховим посередникам) розкривати будь-яку інформацію, що, відповідно до законодавства України, становить таємницю страхування (зокрема, індивідуальну інформацію про клієнта, його страховий інтерес та фінансовий стан), та яка стала відома Страховику (його представникам, страховим посередникам) у зв'язку з укладанням та/або виконанням цього Договору, третім особам (в тому числі, але не

обмежуючись, державним та судовим органам у порядку, встановленому законодавством України, іншим страховиком, перестраховиком, страховим посередником, аудитором, актуаріям, іншим особам, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, а також працівникам перелічених осіб) з метою виконання вимог законодавства України, цього Договору, а також договорів, укладених Страховиком із третіми особами.

3. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

3.1. Згідно з Договором, Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж, із дотриманням визначених у Договорі граничних термінів і розмірів частин страхового платежу та виконувати інші умови Договору і цих Загальних умов, а Страховик бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату на користь осіб, визначених Загальними умовами у якості Вигодонабувачів - у разі настання страхових випадків, внаслідок подій, на випадок виникнення яких проводиться страхування (страхових ризиків), шляхом відшкодування понесених витрат (оплати їх вартості) на отримання послуг, передбачених умовами Договору.

3.1.1. Якщо інше не передбачено Договором, у разі настання події, що має ознаки страхового випадку за страховою послугою МС, Застрахованій особі надаються Послуги Асистанта.

3.1.2. У разі настання страхового випадку за страховою послугою МС, Договір може передбачати такі варіанти здійснення страхової виплати:

3.1.2.1. відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання Застрахованою особою Медичної допомоги, Медичних та/або інших послуг (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення Лікарськими засобами та/або Медичними виробами) або оплата їх вартості;

3.1.2.2. фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;

3.1.2.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

3.2. Страхувальником за Договором може бути дієздатна фізична особа (громадянин України, іноземний громадянин чи особа без громадянства), фізична особа-підприємець або юридична особа, що уклала із Страховиком Договір страхування.

3.3. Застрахованою особою за Договором може бути іноземний громадянин/ особа без громадянства, що, який на відповідних законних підставах тимчасово проживає на території України.

3.4. Об'єктом страхування за Договором, з якими пов'язані страхові інтереси Страхувальника та страхові ризики, щодо яких здійснюється страхування за Договором, є:

3.4.1. здоров'я та працездатність Застрахованої особи (страхова послуга - **МС**);

3.4.2. відповідальність Страхувальника за шкоду, пов'язану з відшкодуванням витрат, пов'язаних з примусовим видворенням Страхувальника за межі України, у порядку та в обсязі, встановленому ст. 32 Закону України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» (страхова послуга - «**Депортація**»).

3.5. **Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з Об'єктом страхування, зазначеним у п.3.4 цих Загальних умов, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

3.6. Договір страхування може передбачати один або обидва об'єкти страхування із зазначених в п.3.4. Загальних умов страхового продукту.

3.7. Страхове покриття за п.3.4.2. Загальних умов страхового продукту (покриття «Депортація») за конкретним Договором страхування діє за умови, що відповідний Договір містить окрему страхову суму за страхуванням відповідальності («Депортація»).

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

4.1. **Страховим ризиком за покриттям МС є:**

4.1.1. Отримання Застрахованою особою в Медичному закладі медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування, вказаною в Договорі (індивідуальній частині Договору страхування) та цими Загальними умовами, в зв'язку з настанням страхових ризиків, які відбулися протягом строку дії Договору, а саме:

- гостре захворювання;
- загострення хронічного захворювання;
- розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

4.1.2. Подія, вказана у п.4.1.1, визнається страховим випадком, якщо така подія передбачає надання Застрахованій особі медичної допомоги та послуг в межах, передбачених Договором, Програмою страхування та цими Загальними умовами;

4.1.3. За одним страховим випадком Страховик оплачує медичні послуги тривалістю не більше 30 діб з дати настання страхового випадку (окрім травм та стаціонарного лікування)

та/або медикаментозне лікування тривалістю не більше 30 діб з дати призначення лікування.

4.1.4. У разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються послуги Асистанта, які, відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистантом компанії або іншою особою (Координаційним центром), яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистантом або Координаційним центром; на умовах Договору та Програми страхування відшкодовуються понесені витрати в межах страхової суми на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг, що передбачені Програмою страхування, зазначеною в Договорі.

4.1.5. Окремі послуги, якщо вони передбачені Договором (індивідуальною частиною Договору), надаються Застрахованій особі із урахуванням наступного:

- під транспортуванням у зв'язку з репатріацією (якщо це передбачено Програмою страхування за конкретним Договором) розуміють репатріацію тіла Застрахованої особи у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання. Страховиком відшкодовуються тільки необхідні та доцільні витрати по здійсненню репатріації тіла Застрахованої особи, що не перевищують ліміту відповідальності Страховика на момент настання події, а саме витрати на транспортування тіла: до найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи міжнародного аеропорту у випадку транспортування повітряним транспортом; до найближчої до місця постійного проживання залізничної станції у випадку перевезення залізницею; до місця проживання у випадку перевезення автотранспортом. У будь-якому разі витрати на придбання труни не можуть перевищувати ліміт 10 000, 00 грн;

- під медичною допомогою при COVID (якщо така передбачена Програмою страхування за конкретним Договором) розуміють швидку та невідкладну допомогу, передбачену протоколами лікування у випадку захворювання Застрахованої особи на COVID.

4.1.6. Види медичної допомоги та медичні послуги, вказані в п.4.2.4 Загальних умов страхового продукту, вважаються такими, що передбачені Програмою страхування за конкретним Договором, якщо в такому Договорі (його індивідуальній частині) для відповідних видів медичної допомоги та медичних послуг зазначено ліміт відповідальності Страховика (ліміт виплат). У випадку відсутності зазначеного ліміту в конкретному Договорі страхування його індивідуальній частині) така медична допомога/ медична послуга не покривається за цим Договором.

4.1.7. За страхуванням відповідальності (покриття «**Депортація**») страховим випадком є настання відповідно до чинного законодавства України відповідальності Страхувальника за майнову шкоду у зв'язку з настанням страхового ризику, а саме: пред'явленням йому майнової претензії щодо відшкодування витрат, необхідних для виконання рішення про примусове видворення Страхувальника за межі України, прийнятого відповідно до чинного законодавства України.

4.1.8. Вигодонабувачами за Договором є:

4.1.8.1. за медичним страхуванням - медичний заклад, що надав послуги Застрахованій особі згідно з Договором, або Застрахована особа, яка за попереднім погодженням зі страховиком понесла витрати на медичну допомогу, передбачену Програмою страхування за Договором, а у разі транспортування (репатріації) тіла Застрахованої особи внаслідок смерті – особа, що взяла на себе витрати на репатріацію;

4.1.8.2. за страхуванням відповідальності («Депортація») – особа, що понесла витрати з примусового видворення Страхувальника за межі України.

5. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахованими особами не можуть бути (якщо інше не передбачене Програмою страхування):

5.1.1. Особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;

5.1.2. Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та (або) шкірно- венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

5.1.3. Особи, що страждають на тяжкі декомпенсовані форми захворювань серцево –судинної, ендокринної, видільної, нервової, опорно-рухової та інших систем; зловиякісні новоутворення в анамнезі;

5.1.4. ВІЛ – інфіковані;

5.1.5. Хворі на СНІД;

5.1.6. Особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані).

5.2. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:

5.2.1. З приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань;

5.2.2. За межами території дії Договору страхування;

5.2.3. Захворювання та/або травми, пов'язаних з невинуватим ризиком щодо (безпосередня участь Застрахованої особи у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, арешту; у випадку використання і зберігання зброї/вибухових речовин), а також професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань) або професійного чи аматорського заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, катання на ковзанах, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо);

5.2.4. У разі самолікування Застрахованої особи, а також захворювань та станів, що виникли у зв'язку з самолікуванням та невиконанням призначень лікаря;

5.2.5. Події, що сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, забруднення, лікування променевих уражень;

5.2.6. Травми, отриманої Застрахованою особою у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, опіків та отруєнь, отримані під час перебування Застрахованої особи у перерахованих вище станах. Травми, отримані Застрахованою особою під час ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.2.7. Травм, отриманих у зв'язку з злочинними діями Застрахованої особи, які підтверджені вироком суду, в зв'язку з спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

5.2.8. Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://dec.gov.ua/> та на сайті МОЗ України за адресою: <https://guidelines.moz.gov.ua/>;

5.2.9. За одним страховим випадком, медичні послуги тривалістю більше 30 діб з дати настання страхового випадку (окрім травм) та/або медикаментозне лікування тривалістю більше 30 діб з дня призначення лікування;

5.2.10. Що проходить після закінчення строку дії Договору страхування (навіть якщо лікування та/або медикаменти були призначені під час дії Договору), крім випадків, коли невідкладне стаціонарне лікування розпочато в період дії Договору страхування та Страховик відшкодовує ЛПУ витрати на стаціонарне лікування не більше ніж за 10 днів після закінчення дії Договору страхування;

5.2.11. Захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та симптомів; персистуючих інфекцій; професійних захворювань;

5.2.12. Захворювань в стадії ремісії (у тому числі неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації);

5.2.13. Захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то:

туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо);

5.2.14. Захворювань, у тому числі травм, набутих під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, стрільцями ВОРП, а також під час проходження військової служби;

5.2.15. Захворювання або нещасного випадку, пов'язаного з польотами у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа виступає у ролі пасажирів цивільного літального апарату, власник/перевізник якого має державну ліцензію на повітряне перевезення пасажирів.

5.3. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів (нозологічної форми, синдрому), якщо інше не передбачено умовами Програми страхування. Нозологічні форми (код за МКХ-10):

5.3.1. Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ) в тому числі Covid 19;

5.3.2. Вірусні гепатити (B16-B19), за виключенням гепатиту А (B15);

5.3.3. Хвороба, що викликана вірусом імунодефіциту людини [ВІЛ] (B20-B24); імунодефіцити (D80-D89);

5.3.4. Мікози (B35 – B49) будь-якої локалізації;

5.3.5. Класичні венеричні захворювання (A50-A64) (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, шанкріод, донованоз);

5.3.6. Саркоїдоз (D86);

5.3.7. Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування (E65-E68);

5.3.8. порушення обміну речовин (E70-E90), в тому числі непереносимість лактози (E73), в тому числі муковісцидоз Е84;

5.3.9. Гепатоз, цироз, стеатоз (K70, K74, K70);

5.3.10. Печінкова недостатність (K70-K77);

5.3.11. Келоїдні рубці (L 90);

5.3.12. Вагітність, пологи та післяпологовий період до моменту виписки із пологового будинку (O00 – O99), у тому числі визначення гормонів вагітності, проведення ультразвукової діагностики на виявлення вагітності, забезпечення тестами на виявлення вагітності;

5.3.13. Психічні захворювання, розлади та їх ускладнення (F00-F99), у тому числі розлади, пов'язані з вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків та інше), психопатії, неврози, астено-депресивні стани, тривожні розлади, епілепсія (окрім екстрених станів), порушення (дефекти) мови, корекція психоемоційних станів; травми та соматичні хвороби, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

5.3.14. Вроджені та набуті вади, аномалії розвитку, генетичні, спадкові хвороби, у тому числі з порушенням хромосомного набору (Q00-Q99);

5.3.15. Дерматологічні хвороби: псоріаз (L40), дерматит, екзема (L20-L30), вугрова хвороба (L70), розацеа (L71), мазолі (L84), алопеція (L63 – L65), контагіозний моллюск (B08.1), демодекоз, паразитарні хвороби шкіри (B85 – B86), укуси або ужалення неотруйними комахами (W57) тощо);

5.3.16. Алергічні хвороби (вазомоторний риніт (J30.00), алергічний риніт (J30.10 - J30.40), поліноз, бронхіальна астма (J45) , кон'юнктивіт (H10.9) тощо), окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів, генералізована кропив'янка);

5.3.17. Діагностика та лікування безпліддя чи регулювання народжуваності, штучним заплідненням, планування сім'ї; визначення будь-яких гормональних станів; порушення менструального циклу (N91 – N95), передменструальний синдром (N94.30), овуляторний синдром (N94), імпотенція; еректильні дисфункції (N48.40, F52); менопауза і клімактеричний стан (N95) , сексуальні дисфункції (N48.4, F52); контрацепція та ВМС, у тому числі з лікувальною метою; проведення абортів не за медичними показаннями; операції по зміні статі;

5.3.18. Хронічний простатит (N41.1), у тому числі конгестивний простатит, окрім стадії загострення 1 курс медикаментозного лікування 1 раз на рік;

5.3.19. Мігрень (G43);

5.3.20. Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0);

5.3.21. Синдром хребцевої артерії (M47.00);

5.3.22. Функціональні розлади: дискінезія жовчовивідних шляхів (K82.8), синдром подразненого кишківника (K58), дисбактеріоз кишківника (K63.8.0), синдром прорізування зубів (K00.7), диспанкреатизм (K 86.9), функціональний закрепи (K59.0) та інше;

5.3.23. Соматоформні розлади (F45), у тому числі вегето-судинна дистонія; нейроциркуляторна дистонія (F43, F45, R 45, G90.8, G90.9);

5.3.24. Остеопороз (M80-M82);

5.3.25. Врослий ніготь (L60.0);

5.3.26. Діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування захворювань та інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (крім зазначених у п.3.5.), у тому числі гарднерельоз (баквагіноз, дизбіоз піхви), цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів, ToRCH-інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус Епштейн-Барра, герпетичних інфекцій будь- якого виду та локалізації (окрім однієї (першої) доби в невідкладних стаціонарних випадках). Перераховані виключення не поширюються на випадки класичних «дитячих інфекцій» з відповідною клінічною картиною;

5.4. Договором страхування може бути передбачено, що у разі, коли інше не передбачено умовами Програми страхування, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику по встановленому діагнозу (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними

пов'язані:

- 5.4.1. Злоякісні новоутворення (C00-C97), новоутворення In situ (D00-D09), окрім випадків первинної діагностики;
- 5.4.2. Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою (D50-D61, D63-D77);
- 5.4.3. Системні атрофії ЦНС (G10-G13);
- 5.4.4. Демієлінізуючі захворювання (G35-G37);
- 5.4.5. Аміотрофії (G54,5);
- 5.4.6. Міастенії (G70);
- 5.4.7. Міотонії (G71);
- 5.4.8. Дитячий церебральний параліч (G80);
- 5.4.9. Енцефалопатія будь-якого ґенезу (G92, G93.4, G93.8);
- 5.4.10. Сирингомієлія (G95);
- 5.4.11. Синдром «сухого ока» (H16.2);
- 5.4.12. Халазіон (H00.1);
- 5.4.13. Катаракта (H25-H28);
- 5.4.14. Косоокість (H49-H52);
- 5.4.15. Глаукома (H40-H42), окрім кризового перебігу, що вперше діагностована протягом дії Договору страхування, та загрожує настанню сліпоти у Застрахованої особи;
- 5.4.16. Короткозорість (H52.1); далекозорість (H52.0);
- 5.4.17. Астигматизм (H52.2);
- 5.4.18. Амбліопія (H53.0), астенопія (H53.1);
- 5.4.19. Спазм акомодації (H52.5);
- 5.4.20. Кератоконус (H18.60);
- 5.4.21. Ревматизм (I00-I02);
- 5.4.22. Кардіоміопатії (I43-I43);
- 5.4.23. Хронічна серцева недостатність (I50,I50.1,I50.9);
- 5.4.24. Атеросклероз (I70);
- 5.4.25. Хронічна венозна недостатність (I80-I89);
- 5.4.26. Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз); геморой, крім невідкладних станів (тромбоз, профузна кровотеча) (I83);
- 5.4.27. Гіпертрофія аденоїдів (J35.2);
- 5.4.28. Хвороба Крона (K50);
- 5.4.29. Неспецифічний виразковий коліт (K51-K52);
- 5.4.30. Лейкоплакія (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4);
- 5.4.31. Ревматоїдний артрит (M05-M09);
- 5.4.32. Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36);
- 5.4.33. Аутоімунні захворювання (M30-M36); аутоімунний тиреоїдит (E 06.3);
- 5.4.34. Хронічні аутоімунні артропатії та спондилопатії (M30-M36);
- 5.4.35. Хронічна ниркова недостатність (N18);
- 5.4.36. Мастопатія (N60);
- 5.4.37. Ендоменіоріоз (N80);
- 5.4.38. Гіперплазія ендометрія (N80);
- 5.4.39. Дісплазія епітелію шийки матки (N87), ерозія шийки матки (N86);
- 5.4.40. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою (P10-P15);
- 5.4.41. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених (P91);
- 5.4.42. Доброякісні новоутворення (D10 – D48), кістозні утворення, у тому числі видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші), поліпів будь-якої локалізації (у тому числі поліп тіла матки (N84.00), шийки матки (N84.10) та інші, за винятком ускладнених, що прямо загрожують життю людини (масивна кровотеча);
- 5.4.43. Наслідки дисгормональних розладів: аденома простати (N40), фіброміома (D25), кісти яєчників (N83.0 - N83.2), синдром виснажених яєчників (E28), фіброаденома (D24) та інше, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо);
- 5.4.44. Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.) та інших органів (B65-B83, A06, A07.1) у осіб старше 16 років;
- 5.4.45. Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату (M15-M19, M40-M54), у тому числі протрузії, хребцева кила, спондилоартроз, спонділолістез, остеохондроз, артроз, п'ятова шпора (плантарний фасціїт, M77.3) та їх ускладнення (окрім медикаментозного лікування, що проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для усунення гострого запалення, курсом не більше 10 календарних днів на випадок,

1 раз на рік.

5.5. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг та/або товарів, пов'язаних з витратами на/щодо, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:

5.5.1. Витрати та послуги, не передбачені Договором страхування та Програмою страхування;

5.5.2. Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування;

5.5.3. Медичні послуги та медикаменти, які не відповідають схемам діагностики та лікування затверджених клінічними протоколами МОЗ;

5.5.4. Медичні послуги та медикаменти, які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання, його ускладнень та невідкладних станів; пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою;

5.5.5. Планове видалення металоконструкцій (за винятком випадків, коли металоконструкція встановлена в період дії Договору страхування);

5.5.6. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у тому числі планова герніопластика, риноластика, реконструктивні втручання на суглобах будь-якої локалізації); планового лікування (у тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст), за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених у зв'язку з нещасним випадком (травмою), що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально з обов'язковою наявністю заключення травматолога або виписки з травмпункту та/або інших отриманих документів у строк не пізніше 48 годин з моменту отримання травми;

5.5.7. Кардіохірургічні операції (у тому числі стентування, шунтування тощо); операції на коронарних судинах, провідній системі, судинах, за винятком травм у зв'язку з нещасним випадком, що стався в період дії Договору страхування;

5.5.8. Проведення літотріпсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) нирки каменем/ми; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі;

5.5.9. Протезування, ендопротезування, імплантації; трансплантацію органів та тканин (окрім лікування опіків); забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;

5.5.10. Використання лазерних технологій лікування, в тому числі лазерної коагуляції сітківки ока;

5.5.11. Педіатричну допомогу в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення тощо);

5.5.12. Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту; промивання лакун мигдаликів;

5.5.13. Експериментальне лікування; перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду; альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, у тому числі переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;

5.5.14. Послуги та лікування в профілакторіях, санаторіях, реабілітацію, відновлювальну терапію;

5.5.15. Виклик до дому лікарів вузької спеціалізації; консультації (у тому числі виклик до дому) професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку тощо, окрім важко диференційованих випадків;

5.5.16. Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження);

5.5.17. Альтернативну медицину (голкорефлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іриодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, кінезотерапія, кінезіотейпування, гірудотерапія тощо), озонотерапію (у тому числі в стоматології), УФО; лазерні технології (у тому числі в стоматології); барокамери; ударно-хвильову терапію, механотерапію, підводні тракції, екстракорпоральні методи лікування та реабілітації; PRP- терапія тощо;

5.5.18. Фізіотерапевтичні процедури; оздоровчі процедури (відвідування басейну, масаж, SPA тощо);

5.5.19. Консультації нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, психолога, дієтолога, генетика, імунолога, подолога, гомеопата, логопеда;

5.5.20. З моменту встановлення Застрахованій особі діагнозу захворювання, що передається статевим шляхом (ЗПСШ), Страховик звільняється від зобов'язань оплати будь-яких медичних послуг (консультації, діагностика, лікування) в рамках додаткових, бонусних опцій «гінекологія/урологія» (в залежності від статі Застрахованої особи) до моменту повного одужання Застрахованої особи, що має лабораторне підтвердження.

Відновлення зобов'язань Страховика по оплаті медичних послуг в рамках додаткових, бонусних опцій «гінекологія/урологія» відбудеться протягом 2 робочих днів після надання Страховику оригіналу лабораторного заключення про негативний ПЛР-тест до збудника/збудників відповідно до діагнозу ЗПСШ, що було встановлено Застрахованій особі;

5.5.21. Ортодонтію (у тому числі брекет-системи, трейнери, капи); суцільнокерамічне

протезування; шинування зубного ряду; інкрустацію, застосування дорогоцінних металів; лікування пародонтозу/пародонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії Договору страхування; відбілювання зубів, профілактичні стоматологічні заходи (покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії емалі, зубні пасти тощо), ортопантограму, Вектор-терапію.

5.6. Договором страхування можуть бути передбачені виключення / обмеження застосування лікарських засобів, а саме, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:

5.6.1. Двох і більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет-представництва Міністерства охорони здоров'я України за веб-адресою <http://mozdocs.kiev.ua>, крім випадків, коли один препарат має місцеву, а другий – загальну дію. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;

5.6.2. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;

5.6.3. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах;

5.6.4. Медикаментозного лікування захворювань та станів, що потребують замісної (ферментної, гормональної чи антигормональної тощо) терапії строком понад 1 (один) місяць з дня призначення лікування;

5.6.5. Лікарських засобів, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;

5.6.6. Медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України та/ або які не мають реєстрації на території України.

5.6.7. Лікарських засобів, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних умовах:

5.6.7.1. Хондропротектори, в тому числі хондроїтин сульфат глюкозамін, препарати гіалуронової кислоти;

5.6.7.2. Засоби, що впливають на мінералізацію кісток у тому числі препарати кальцію, бісфосфонати;

5.6.7.3. Антинеопластичні засоби;

5.6.7.4. Гіполіпідемічні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;

5.6.7.5. Психостимулюючі та ноотропні засоби;

5.6.7.6. Засоби, що застосовуються при деменції;

5.6.7.7. Антитромботичні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;

5.6.7.8. Аналоги гонадотропін-релізінг гормону, гормональних спіралей типу „Мірена”;

5.6.7.9. Імуномодулятори: імуностимулятори, імунодепресанти/ імуносупресори;

5.6.7.10. Засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню;

5.6.7.11. Препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо);

5.6.7.12. Антигомотоксичні та гомепатичні препарати;

5.6.7.13. Біологічно активні та харчові добавки;

5.6.7.14. Ензими загальної дії (вобензим, серата, дистрептаза тощо);

5.6.7.15. Гепатопротектори, гепатотропні препарати;

5.6.7.16. Пробиотики, пребіотики, еубіотики; бактеріофаги;

5.6.7.17. Протигрибкові препарати;

5.6.7.18. Психолептичні препарати (снодійні, седативні, транквілізатори, анксіолітики, антидепресанти, антипсихотики тощо);

5.6.7.19. Метаболіки (актовегін, тівортін тощо);

5.6.7.20. Адаптогени;

5.6.7.21. Препарати моновітамінів, полівітамінів (3 і більше в складі), вітамінно-мінеральних комплексів, мінеральних речовин (мікро- та макроелементів);

5.6.7.22. Сольові розчини для зрошення слизових оболонок; інші рідини для промивання та зрошення;

5.6.7.23. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору;

5.6.7.24. Стрептокінази, стрептодорнази та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу);

5.6.7.25. Кардіопротектори;

5.6.7.26. Сироватки, антитіла, антигени;
5.6.7.27. Профілактичної вакцинації, окрім антирабічної вакцинації та вакцинації проти правцю;
5.6.7.28. Специфічної імунотерапії алергічних захворювань;
5.6.7.29. Простагландинів, окрім випадків переривання вагітності за медичними показами;
5.6.7.30. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.

5.7. Договором страхування можуть бути передбачені виключення / обмеження застосування виробів медичного призначення, а саме, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування.

5.7.1. Медичні вироби, які отримали чинний сертифікат відповідності та дозволені для застосування на території України, а саме: медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів: (трансплантати, ортези, протези, імплантати, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, ендпротези, стенти, лінзи тверді та м'які, окуляри, слухові апарати, пролінові сітки тощо); еластичний бінт, скотч-каст (крім застосування при переломах); інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри тощо), медичне устаткування (набори для емболізації, деартерілізації, артроскопічні набори, лапораскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу: пластини, гвинти, спиці, металеві конструкції, тощо);

5.7.2. Медичні вироби, в т.ч вироби, які призначені для догляду за хворими при будь яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат.

5.8. Договором страхування можуть бути передбачені виключення / обмеження діагностичних досліджень, а саме, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:

5.8.1. Досліджень на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту;

5.8.2. Діагностики та лікування порушень обмінних процесів (сечосольовий діатез, подагра, інсулінорезистентність тощо), включаючи ліпидограму (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрії, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограми, алергоскринінг (алергологічні дослідження), системної імунотерапії тощо.

5.9. Договором страхування можуть бути передбачені інші стани та обмеження, коли Страховик не забезпечує організацію надання та оплати вартості, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:

5.9.1. Перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару, харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині виповнилося повні 8 (вісім) років; організацію та оплату індивідуального сестринського поста;

5.9.2. Повторних медичних обстежень Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);

5.9.3. Медичних послуг, не пов'язаних із лікувальним процесом (довідки (водіям, в басейн, для вступу до учбових/дитячих закладів тощо), послуги за абонементом тощо);

5.9.4. Медичного транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань;

5.9.5. Транспортних витрат за межами 30 км зони від КПП/меж міста виїзду лікаря або швидкої допомоги; послуги таксі;

5.9.6. Оплата послуг за благодійним внеском, полісом страхування (монополіс) в іншій страховій компанії.

5.10. Конкретним Договором страхування можуть бути передбачені всі або частина вказаних в цьому Розділі Загальних умов страхового продукту винятки із страхових випадків та обмеження страхування. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, не вказані в цих Загальних умовах страхового продукту.

6. СТРАХОВІ СУМИ, СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

6.1. Страхова сума визначається в Індивідуальній частині Договору страхування.

6.1.1. В межах страхової суми за Договором можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика (ліміти виплат) за окремими страховими випадками / страховими ризиками, об'єктами страхування, окремими медичними послугами в рамках Програми страхування, які зазначаються в Договорі (а у разі укладення Договору шляхом приєднання – в індивідуальній частині Договору страхування).

6.1.2. Страхова сума та ліміти відповідальності Страховика (ліміти виплат) є агрегатними. Після здійснення страхової виплати страхова сума (ліміт) зменшується на виплачену суму страхової виплати.

6.1.3. Франшиза, якщо така передбачена умовами конкретного Договору страхування, може бути умовною або безумовною. Франшиза визначається за згодою сторін при укладенні Договору у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі та може встановлюватись окремо по кожному страховому випадку (ризик), визначеному в Договорі страхування.

6.2. Згідно п.139 Положення 182, при укладенні Договору страхування згідно з цими Загальними умовами, Страховик має право не визначати страховий тариф у Договорі.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається у такому Договорі.

7.2. Страхова премія залежить від розмірів загальної страхової суми та страхового тарифу за Договором, та визначається Страховиком, на підставі інформації, повідомленої Страхувальником при укладенні Договору, що має істотне значення для визначення ступеня страхового ризику.

7.3. Договір набуває чинності з моменту внесення загальної страхової премії у повному обсязі на поточний банківський рахунок Страховика, але не раніше дати, вказаної у Договорі як дата початку дії Договору. Строк дії Договору визначається, виходячи з строку тимчасового проживання Застрахованої особи-іноземного громадянина в Україні на відповідних законних підставах та вказується в Договорі страхування.

7.4. Якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами, Договір страхування набирає чинності з 00-00 за київським часом дати, вказаної в Індивідуальній частині Договору, за умови отримання Страховиком Страхового платежу (його першої частини, якщо Договором передбачена сплата страхового платежу частинами). у повному обсязі.

7.5. Дія Договору закінчується о 23-59 дати, визначеної у Договорі як дата закінчення його строку дії.

7.6. Місце (територія) дії Договору вказується в Індивідуальній частині

7.6.1. Договір не діє на територіях України, що перебувають у тимчасовій окупації, та територіях, непідконтрольних офіційній українській владі, які визнані такими відповідно до Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» та Наказу Міністерства розвитку громад та територій № 376 від 28 лютого 2025 р. «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією» зі змінами та доповненнями на момент події, що має ознаки страхового випадку, а у разі їх скасування – інших аналогічних нормативних актів чинного законодавства. У будь-якому разі дія Договору не поширюється на території, що офіційно оголошені зонами бойових дій, воєнних конфліктів, зонами, що підпадають під санкції ООН.

7.6.2. за окремими опціями Програми страхування та / або окремими страховими випадками, зокрема, в частині медичної послуги транспортування у зв'язку з репатріацією, а також за страховим ризиком виконання рішення про примусове видворення за межі України (депортація) дія страхового покриття за Договором – весь світ.

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

8.1. Страховик має право:

8.1.1. на отримання страхової премії у обсязі та строки, передбачені Договором страхування;

8.1.2. на отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору страхування, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи;

присвоювати класи/категорії Медичних закладів, що здійснюватимуть надання медичних та інших послуг Застрахованим особам за Договором, залежно від цінової та сервісної політики таких Медичних закладів, розміщувати їх Перелік на веб-сайті, а також згідно з вносити зміни до Переліку Медичних закладів Страховик має право вносити зміни у перелік Медичних закладів, розміщених на сайті страховика та відображати їх на веб-сайті Страховика за відповідним гіперпосиланням, що не є зміною умов Договору і не потребує укладення додаткової угоди до Договору у випадках: у разі ліквідації Медичного закладу як юридичної особи, зміни форми власності чи назви, або при невиконанні з боку Медичного закладу умов договору між Страховиком та Медичним закладом щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам, або при зростанні цін на медичні послуги більше ніж на визначений Договором страхування відсоток протягом строку дії Договору. У таких випадках Страховик має право змінити в односторонньому порядку перелік та класи / категорії медичних закладів, які визначені в Переліку Медичних закладів Страховика, що розміщений на веб-сайті

Страховика за вказаним в Договорі страхування гіперпосиланням, або виключити окремі Медичні заклади із Переліку Медичних закладів за Договором / Програмою страхування або за погодженням зі Страхувальником встановити обмеження (франшизи) на послуги Медичних закладів, за якими збільшився клас / категорія Медичного закладу. У разі звернення Застрахованої особи до Страховика у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, Страховик інформує Застраховану особу про актуальний перелік Медичних закладів та присвоєні класи / категорії Медичним закладам, в яких можуть бути надані медичні послуги Застрахованій особі;

8.1.3. з'ясовувати причини та обставини страхових випадків за Договором, зокрема:

отримувати від Застрахованої особи, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованої особи, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю; залучати незалежних експертів або спеціалістів, про що Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду у спосіб, погоджений сторонами відповідно до законодавства;

8.1.4. відмовити Страхувальнику/Застрахованій особі у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього;

8.1.5. за наявності сумнівів в достовірності даних про причини/обставини страхового випадку або розміру страхової виплати відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, але не більше ніж на вказаний в Договорі страхування строк з дати отримання повного пакету документів згідно з Договором;

8.1.6. вимагати доплати страхової премії у випадках та порядку, передбачених Договором;

8.1.7. видати на кожну Застраховану особу картку із зазначенням номера полісу, телефону Страховика для звернення при настанні страхових випадків. При цьому Картка Застрахованої особи не може бути використана без документа, що посвідчує її особу;

8.1.8. перевіряти інформацію, надану в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, а також відмовити у прийнятті на страхування окремих осіб на основі такої інформації або запропонувати індивідуальні умови страхування.

8.2. Страховик зобов'язаний:

8.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування за Договором та Загальними умовами у спосіб, передбачений законодавством;

8.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору;

8.2.3. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на заяву Страхувальника / Застрахованої особи, повідомити Страхувальника / Застраховану особу в письмовій формі про прийняте рішення не пізніше визначеного Договором страхування строку з дати його прийняття;

8.2.4. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію про Медичні заклади та їх категорії на веб-сайті Страховика за вказаним у Договорі страхування гіперпосиланням;

8.2.5 з урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. своєчасно та у повному обсязі сплатити страхову премію відповідно до умов Договору;

8.3.2. отримати згоду фізичної особи на укладення Договору відносно неї, а також ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування; **повідомлення Страхувальником фізичних осіб про намір укласти Договір на їх користь здійснюється Страхувальником у будь-який спосіб, при цьому якщо до моменту набрання Договором чинності Застрахована особа не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору щодо неї, то такий Договір вважається укладеним на користь Застрахованої особи на умовах, передбачених Договором страхування;** у випадку, коли умовами Договору на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за Договором, то Страховик повинен отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи;

8.3.3. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта Договору страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо) і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеня страхового ризику (про обставини, які змінилися настільки, що якби вони були відомі при укладанні Договору, він взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених) протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли Страхувальнику / Застрахованій особі стало відомо про зміну ступеня ризику;

8.3.4. повідомляти Страховика протягом строку дії Договору про зміну прізвищ, адрес та інших даних про Застраховану особу, необхідних для виконання Договору страхування, – в строк, передбачений Договором страхування після настання відповідних змін;

8.3.5. повідомляти Страховика про зміни в Переліку Застрахованих осіб (включення або виключення осіб до/з Переліку Застрахованих осіб, бажану зміну Програми страхування для конкретної Застрахованої особи тощо) в строк, передбачений Договором страхування;

8.3.6. протягом 5 років зберігати оригінали документів, поданих для отримання страхової виплати у формі засвідчених або простих копій;

8.4. Страховувальник має право:

8.4.1. на роз'яснення умов страхування за Договором страхування та Загальними умовами у спосіб, передбачений законодавством;

8.4.2. вимагати сплати Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування;

8.4.3. у разі настання страхового випадку – на організацію Страховиком для Застрахованої особи медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування, та на умовах, визначених Договором;

8.4.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за Договором, неповного чи неякісного надання такої допомоги.

8.5. Сторони Договору та Застрахована особа можуть мати також інші права та обов'язки, передбачені Договором та додатками до нього, а також законодавством України. Зазначений в цих Загальних умовах перелік прав та обов'язків сторін Договору страхування застосовується, якщо інше не передбачено сторонами Договору страхування.

8.6. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, визначену законодавством. **При порушенні Страховиком строку страхової виплати, він сплачує отримувачу виплати пені в розмірі 0,01% від невикраденої суми за кожен день прострочення, але не більше 10% від несвоєчасно виплаченої страхової виплати, якщо інший розмір пені не погоджено Сторонами в Договорі страхування.**

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

8.8. Сторони повинні зберігати інформацію, яка, згідно Загальних умов і чинного законодавства, є таємницею страхування, не розголошувати та не використовувати цю інформацію на свою користь чи на користь третіх осіб. Використання даних, що складають таємницю страхування, здійснюється виключно в межах чинного законодавства України.

8.9. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги. Особи, винні в розголошенні інформації, що становить таємницю фінансової послуги, та/або її використанні на свою користь чи на користь третіх осіб, що заподіяло шкоду надавачу фінансових послуг та/або посереднику, його клієнту, зобов'язані відшкодувати заподіяні збитки та моральну шкоду відповідно до закону.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ

9.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком за покриттям **МС** (згідно з визначенням страхового випадку в Договорі страхування), Застрахована особа невідкладно (до звернення в Медичний заклад) зобов'язана повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію за контактними даними Страховика, вказаними в Договорі страхування (за телефоном гарячої лінії Страховика, цілодобово), та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Картки (полісу) Застрахованої особи та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи, обставини настання події та номер Картки (полісу) Застрахованої особи.

9.1.1. Після отримання повідомлення Страховик/Асистант, у разі визнання випадку страховим, організовує в строк, що не перевищує 2 (дві) години з моменту відповідного звернення, та оплачує надання Застрахованій особі відповідних видів допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування за Договором, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик/Асистант замовляє для Застрахованої особи певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з Медичним закладом, гарантує їх оплату. У разі невизнання

випадку страховим Страховик діє в порядку, передбаченому п.10.9.2 Загальних умов.

9.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про випадок та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п.9.2 Загальних умов, якщо інше не встановлено умовами Договору страхування.

9.2. Самостійне звернення Застрахованої особи в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком понесених витрат Застрахованої особи) допускається лише:

9.2.1. в екстрених випадках (при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Страховика до звернення в медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість, але не пізніше 48 годин з моменту настання випадку. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи, обставини настання події та номер Картки (полісу) Застрахованої особи;

9.2.2 За погодженням зі Страховиком, коли Застрахована особа своєчасно повідомила Страховика, але через відсутність договірних відносин з медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги. Для вказаних цілей, таким погодженням є наданий представником Страховика (лікарем-координатором гарячої лінії Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування) дозвіл на самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги за наявності визначених цьому пункті обставин.

9.3. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медичні послуги Застрахованій особі надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує її особу.

9.4. У разі настання страхового випадку за страхуванням відповідальності («Депортація») Страхувальник зобов'язаний:

- протягом 2 (двох) робочих днів повідомити Страховика за телефонами 0 800 217 709; +38 097 900 97 10 про настання події, що має ознаки страхового випадку (прийняття відповідно до чинного законодавства України рішення про примусове видворення Страхувальника за межі України, пред'явлення майнової претензії щодо відшкодування витрат, необхідних для виконання рішення про примусове видворення Страхувальника за межі України);

- подати необхідний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання події, що має ознаки страхового випадку за Договором та розмір завданих збитків, а саме:

копію рішення суду про примусове видворення та копії рахунків, або рахунки на придбання квитків та інших витрат, пов'язаних з виконанням рішення про примусове видворення.

10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за Договором, не може перевищувати страхової суми / ліміту, вказаних в обраній Програмі страхування.

10.2. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором страхування та обраною Програмою страхування, за направленням Страховика. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика. Вибір Медичного закладу за конкретною подією, що має ознаки страхового випадку, здійснюється Страховиком за погодженням із Застрахованою особою.

10.3. Договором страхування може бути передбачено, що перелік Медичних закладів для обслуговування Застрахованих осіб за Договором міститься на веб-сайті Страховика за гіперпосиланням, вказаним в тексті Договору страхування (в тексті – «Перелік Медичних закладів»).

10.4. Класи/категорії Медичних закладів присвоюються Страховиком залежно від цінової та сервісної політики Медичних закладів та зазначаються Страховиком в Переліку медичних закладів.

10.5. У разі відсутності в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, медичного закладу, з якими співпрацює Страховик та/або за неможливості надання відповідних послуг врегулювання здійснюється в порядку компенсації Страховиком витрат Застрахованої особи – згідно Загальних умов.

10.6. Перелік документів для здійснення страхової виплати, а також форма, спосіб та порядок подання переліку документів визначаються в Договорі страхування, з урахуванням наступного:

10.6.1. у разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком (у випадках, передбачених Загальними умовами) – договорами з медичними закладами (у цьому випадку збір документів покладається на Страховика);

10.6.2. у разі врегулювання шляхом компенсації витрат Застрахованої особи (у випадках,

передбачених Загальними умовами) – Заява про здійснення страхової виплати за формою, наданою Страховиком, до якої додаються медичні та фінансові документи, що підтверджують медичні призначення, отримання медичних послуг Застрахованою особою, їх вартість та понесені фактичні витрати на оплату послуг (у такому випадку збір необхідних документів покладається на Застраховану особу).

Додатково, при зверненні Застрахованої особи за телефоном гарячої лінії Страховика, вказаному в Договорі страхування) Страховик консультує Застраховану особу щодо такого переліку документів, їх форми, способу засвідчення та подання Страховику.

10.7. Договором страхування може бути передбачено, що:

10.7.1. заява Застрахованої особи про здійснення страхової виплати, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, які мають надаватися Сторонами на виконання умов Договору, можуть подаватися за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі та/або за контактними даними Застрахованої особи, вказаними Договорі;

10.7.2. Сторони узгодили що скановані / сфотографовані документи, подані за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі, та/або контактних даних Застрахованої особи, вказаних в Договорі, прирівнюються Сторонами до письмової форми з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та Договором; при цьому, Сторони та Застрахована особа, на користь якої укладено Договір, гарантують, що надані у такий спосіб документи є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа;

10.7.3. Страхувальник / Застрахована особа зобов'язані протягом 5 (п'яти) років зберігати оригінали документів, подані ним для отримання страхової виплати за правилами п.10.7. цих Загальних умов страхового продукту та на вимогу Страховика надати для ознайомлення та огляду оригінали документів протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання відповідного запиту від Страховика; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язуються повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату;

10.7.4. підписанням Договору страхування сторони (а Застрахована особа – наданням згоди на укладення Договору щодо неї) підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору страхування та відображених в Договорі страхування;

10.7.5. кожна зі Сторін (Застрахована особа, на користь якої укладено Договір) самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною (Застрахованою особою) інформації про контактні дані та несвоєчасного (пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну контактних даних.

10.7.6. Заява про здійснення страхової виплати може бути сформована в інформаційно-телекомунікаційній системі (ІТС) Страховика.

10.8. Якщо інше не передбачено Договором страхування, усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати мають бути надані Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги (а у випадку стаціонарного лікування – протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дати виписки зі стаціонару), якщо інший строк подання таких документів не було погоджено Страховиком з урахуванням обставин конкретного страхового випадку.

10.9. Строк прийняття рішення за випадком (про визнання або невизнання випадку страховим) становить 5 (п'ять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:

10.9.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

10.9.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі / Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

10.10. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) робочих днів з дати складення страхового акту.

10.11. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, страхова виплата здійснюється:

10.11.1. у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком (згідно з п.6.1. цих Загальних умов страхового продукту) – безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика (в межах переліку видів допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми страхування). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами;

10.11.2. у разі компенсації витрат Застрахованої особи за погодженням із Страховиком (у випадках, передбачених у цих Загальних умовах) – безпосередньо на користь Застрахованої особи у безготівковій формі. Якщо внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованої особи – страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати, складеній за формою, наданою Страховиком.

10.12. У разі, якщо згідно з Програмою страхування за одним випадком передбачено застосування кількох франшиз (залежно від класу / категорії Медичного закладу, залежно від виду медичної допомоги / послуги тощо), то Страховик здійснює комбіноване застосування таких франшиз відповідно до Програми страхування за Договором.

10.13. За страхуванням відповідальності («Депортація») розмір страхової виплати визначається у разі винесення відповідного рішення суду – в розмірі сум, документально підтверджених витрат Вигодонабувача для виконання рішення про примусове видворення Страхувальника за межі України. У будь-якому разі розмір страхових виплат (в цілому за Договором страхування, на один страховий випадок) не може перевищувати відповідно: страхову суму за Договором (індивідуальною частиною Договору страхування) за страхуванням відповідальності.

11. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДСТРОЧЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Страховик має право **відстрочити** здійснення страхової виплати, якщо:

11.1.1. Він має обґрунтовані сумніви в частині страхового інтересу особи, яка претендує на отримання страхової виплати щодо конкретної суми виплати, виходячи з Індивідуальних умов та/ або інших документів. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження страхового інтересу особи, яка вимагає здійснення страхової виплати на свою користь.

11.1.2. Відповідними Компетентними органами розпочато досудове розслідування у кримінальному провадженні за фактом настання Події, і триває розслідування обставин скоєння кримінального правопорушення (за участі Застрахованої особи), що призвело до настання Події. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком письмового підтвердження правоохоронних органів про закриття кримінального провадження або зупинення (закінчення) такого досудового розслідування, згідно з нормами країни тимчасового перебування ЗО.

11.1.3. При наявності обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин Події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у здійсненні Страхової виплати, Страховик має право затримати страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин Події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.

11.1.4. Якщо документи, необхідні страховику для здійснення страхової виплати, надано Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо).

11.2. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

11.2.1. Навмисні дії ЗО (особи, яка претендує на отримання страхової виплати), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

11.2.2. Вчинення Застрахованою особою (особою, яка претендує на отримання страхової виплати), умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання Події;

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

11.2.4. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості для Страховика встановити факт, причини та обставини настання Події або розмір заподіяної шкоди (збитків);

11.2.5. Наявність обставин, що відносяться до винятків зі страхових випадків та обмежень страхування, передбачених цими Загальними умовами;

11.2.6. Відсутність (часткова або повна) документів, які необхідні, згідно цих Загальних умов, для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати;

11.2.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій Асистанта або лікуючого лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я ЗО або Страховика (лікаря-координатора гарячої лінії Страховика за телефоном гарячої лінії Страховика, вказаним в Договорі страхування, без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру

та розміру шкоди;

11.2.8. Відмова ЗО від обстеження лікарем, призначеним Асистантом після настання Події;

11.2.9. У випадку самостійного звернення Застрахованої особи в Медичний заклад без попереднього погодження зі Страховиком (з порушенням порядку повідомлення, передбаченого Договором страхування);

11.2.10. У разі порушення Застрахованою особою, при настанні Події, медичних приписів і рекомендацій лікарів, а також недотримання лікувального режиму, встановленого в медичному закладі, у випадку, якщо ці порушення підтверджені відповідною відміткою у виписному епікрізі (медичних документах) ЗО;

11.2.11. інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, які не суперечать законодавству України та зазначені у відповідному Договорі.

11.3. У разі звернення Застрахованої особи щодо події, яка не визнається Страховиком страховим випадком згідно з Договором, Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованій особі за такою подією, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови Договору страхування. У таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованої особи та за умови повідомлення про розмір витрат та необхідність їх самостійної оплати Застрахованою особою без подальшої компенсації Страховиком, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованій особі з подальшою оплатою відповідних видів медичної допомоги та послуг самою Застрахованою особою.

11.4. Якщо обставини, які можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від Застрахованої особи / Страхувальника компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати. Така компенсація або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Застрахованою особою / Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними у такій вимозі.

11.5. У разі неповернення коштів Страховик має право при наступних зверненнях Застрахованої особи відмовити в організації та/або оплаті медичної допомоги повністю або частково (пропорційно розміру заборгованості перед Страховиком) або достроково припинити дію Договору у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору, якщо інше не передбачено Договором.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

12.1. Всі зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Сторін, шляхом укладання відповідних Додаткових угод. Після укладання кожної Додаткової угоди вона стає невід'ємною частиною Договору.

12.2. Зміна умов Договору здійснюється протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту одержання заяви однієї Сторони Договору іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін у Договір протягом 3 (трьох) робочих днів, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

12.3. Дія Договору припиняється і Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

12.3.1. закінчення строку дії Договору;

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

12.3.3. смерті Страхувальника-фізичної особи, крім випадків, передбачених ст. 100 Закону України "Про страхування", надалі – Закон;

12.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.3.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

12.3.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

12.4. Дію Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана належним чином повідомити іншу не пізніше ніж за 10 (десять) робочих днів до дати передбачуваного припинення дії Договору.

12.5. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору, відповідно до частини третьої ст.36 Закону «Про страхування» за ініціативою Страхувальника, після такої передачі страховик – правонаступник повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.

12.6. В разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за кількість днів страхового захисту, що залишились до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і

виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає сплачені ним страхові платежі повністю.

12.7. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику внесені страхові платежі за кількість днів страхового захисту, що залишились до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

12.8. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, становить **65%**.

12.9. Частина страхового платежу, що підлягає поверненню, повинна бути виплачена Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати дострокового припинення дії Договору, проте не раніше врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових збитків (складення відповідного страхового акту або прийняття рішення про відмову у страховій виплаті).

12.10. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:

12.10.1. строк дії Договору становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

12.10.2. Страхувальник повідомив Страховика про настання Події;

12.11. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

12.12. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася Подія. Повернення страхової премії (платежу) здійснюється на банківські реквізити Страхувальника, вказані ним у письмовому повідомленні про відмову від Договору.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

13.1. У разі невиконання або неналежного виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України.

13.2. Усі спори і розбіжності, що можуть виникнути між Сторонами у ході реалізації Договору, вирішуються шляхом переговорів. Якщо спір неможливо вирішити шляхом переговорів, він вирішується в судовому порядку за встановленою підвідомчістю та підсудністю такого спору у порядку, визначеному чинним законодавством України.

13.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором, якщо це невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, що виникли після укладання Договору в результаті подій надзвичайного характеру, яких Сторона не могла запобігти доступними способами. Строк виконання зобов'язання в такому випадку продовжується на строк дії таких обставин.

13.4. Під форс-мажорними обставинами розуміються обставини непереборної сили, на які Сторона не може впливати і за виникнення яких не несе відповідальності, такі як: війна, військові дії, масові заворушення, державний переворот, рішення і дії органів державної влади тощо, якщо такі обставини можуть призвести до об'єктивної неможливості для Сторін (Сторони) виконати свої зобов'язання за Договором. Факт наявності і період дії форс-мажорних обставин підтверджуються документом, виданим Торгово-промисловою палатою України.

13.5. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) послідовних місяців, кожна зі Сторін буде мати право відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за Договором, без права відшкодування можливих збитків.

13.6. Сторона, для якої створилась неможливість виконання зобов'язань за Договором у зв'язку з форс-мажорними обставинами, повинна протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту початку дії таких обставин, сповістити про них іншу Сторону: як про настання, так і щодо припинення дії таких обставин.

13.7. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання чи припинення дії обставин непереборної сили позбавляє відповідну Сторону права посилаючись на них, як на підставу звільнення від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором.

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Якщо інше не передбачено Сторонами, всі складові Договору страхування, крім Частини 2, якою є ці Загальні умови, оформлюються у двох примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу, по одному для Страхувальника і Страховика.

14.2. Строк дії Договору, укладеного на підставі цих Загальних умов, не може бути

продовженим. Для продовження страхового захисту щодо об'єкту страхування, вказаного в Індивідуальних умовах, Сторони можуть укласти новий договір страхування.

14.3. Договір страхування, у відповідності з цими Загальними умовами, у загальному порядку, не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

14.4. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних":

14.4.1. Страхувальник, шляхом підписання Індивідуальних умов, надає Страховикові згоду на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних з метою та в обсязі, встановленому чинним законодавством України.

14.4.2. Ця інформація також може передаватися третім особам, безпосередньо задіяними в обробці цих даних, а також в інших випадках, прямо передбачених законодавством України.

14.4.3. Підписанням Індивідуальних умов Страхувальник засвідчує, що отримав повідомлення про включення інформації до бази персональних даних контрагентів Страховика (ПрАТ "СК "УЛЬТРА АЛЪЯНС") з метою та в обсязі, передбаченими чинним законодавством України, та підтверджує, що з правами, наданими ст.8 Закону України "Про захист персональних даних" ознайомлений, про місцезнаходження бази персональних даних повідомлений. Страхувальник підтверджує, що отримав письмову згоду від Вигодонабувача, в разі наявності Вигодонабувача іншого, ніж Страхувальник, своїх працівників та уповноважених осіб щодо обробки їх персональних даних Страховиком та повідомив останніх про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися їх персональні дані, про осіб, яким його персональні дані передаються, та про права, визначені ст.8 Закону України "Про захист персональних даних".

14.4.4. Підписанням Індивідуальних умов Страхувальник підтверджує, що йому до укладення такого Договору Страховиком було додатково надано інформацію, передбачену ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

14.4.5. Порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги.

1) Операції, пов'язані з отриманням фізичною особою фінансової послуги, зокрема, сплата страхової премії, здійснення страхової виплати, повернення страхової премії при достроковому припиненні дії Договору не підлягають оподаткуванню.

2) Виключення складають випадки виплати моральної шкоди, страхових виплат спадкоємцю, та інші випадки, передбачені чинним законодавством, що оподатковуються згідно з нормами Податкового Кодексу України.

Реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг:

Національний банк України:

Адреса: 01601, м. Київ, вулиця Інститутська, 9, телефон: 0 800 505 240.

Реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Центральний апарат)

Адреса 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1 Телефони: (044) 279 12 70 - приймальня; (044) 278 84 60, 278 41 70 – канцелярія.

15. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

15.1. Дані Загальні умови починають свою дію з 01 серпня 2026 року.

15.2. Строк дії даних Загальних умов необмежений.

15.3. Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким самим чином, що й нові загальні умови страхового продукту.

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

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