

**ПРОПОЗИЦІЯ**  
**щодо укладення договору добровільного медичного страхування**  
**(безперервного страхування здоров'я)**  
**за продуктом «МЕДИЧНИЙ КОНСЬЄРЖ»**  
(загальні умови Договору)

**Нова редакція від 15 вересня 2023 р. (чинна)**

**Попередні редакції Пропозиції:**

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.02.2023 – до 14.09.2023](#)

*Дію попередніх редакцій Пропозиції припинено в зв'язку з оприлюдненням нової редакції (нових редакцій) Пропозиції. Укладені договори діють на умовах Пропозиції, що діяла протягом відповідного періоду.*

Ця Пропозиція Страховика адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за продуктом «Медичний консьєрж» (далі – Договір страхування Договір) шляхом прийняття Пропозиції на індивідуально визначених умовах, встановлених Полісом (індивідуальними умовами Договору) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика. Невід'ємними частинами Договору є Поліс (індивідуальні умови Договору) та Пропозиція (загальні умови Договору).

1. **СТРАХОВИК** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ВУСО», адреса 03150, м. Київ, вулиця Казимира Малевича, 31, код ЄДРПОУ – 31650052 (надалі – Страховик), зареєстровано як фінансову установу розпорядженням Держфінпослуг рішенням № 1224 від 24.06.2004 року, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ №142, поточний рахунок UA03322669000026504300944019 в ТБВБ №10026/0119 філії - Головного управління по м. Києву та Київській області АТ «Ощадбанк», код банку 322669; ліцензія Національної комісії, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг серія АЕ №293943 від 31 липня 2014 р., безстрокова, веб-сторінка <https://vuso.ua/>, e-mail [vuso@vuso.ua](mailto:vuso@vuso.ua) контактний телефон Страховика для врегулювання страхових випадків **0 800 303 911** в особі Голови Правління Артюхова Андрія Вікторовича, який діє на підставі Статуту.
2. **СТРАХУВАЛЬНИК** – дієздатна фізична особа, яка в порядку, передбаченому Розділом 3 цієї Пропозиції, уклала Договір страхування із Страховиком, вказана в Полісі.

### **3. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ**

3.1. Для укладення Договору Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страховика в мережі Інтернет за адресою <https://vuso.ua/> або до персонального кабінету або до інформаційно-телекомунікаційних систем, що використовується Страховиком для укладення договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування.

3.2. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних та персональних даних Застрахованих осіб. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальні умови Договору (Поліс).

3.3. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття Клієнтом Пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://vuso.ua/kompaniya/otchetiy-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>.

3.4. Договір укладається та підписується у порядку, встановленому Законом України "Про електронну комерцію". При цьому підписання Договору може бути здійснено одним із способів:

- з використанням електронного підпису або електронного цифрового підпису відповідно до законодавства, за умови використання засобу електронного цифрового підпису обома Сторонами;
- з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до законодавства;
- з використанням аналога власноручного підпису (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) відповідно до законодавства (в такому випадку, акцептуючи умови Пропозиції, Страхувальник надає згоду, що при відтворенні підпису Страховика в цьому Договорі може бути використано факсимільне відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика.

3.4.1. На вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика (що унеможливілює зміну змісту Договору страхування), в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

3.5. У разі прийняття Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір страхування, Страховик вважає себе зобов'язаним укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах та умовах Пропозиції.

3.6. Після прийняття Пропозиції Страховика Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — Поліс на електронну адресу та / або у персональному кабінеті, з врахуванням п.3.5. Пропозиції. Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу у повному розмірі відповідно до обраного способу оплати (одноразово або частками страхового платежу, визначеними Полісом). Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

3.7. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальні умови Договору) та Пропозиція (загальні умови Договору), повний текст яких доступні на сайті Страховика <https://vuso.ua/publicnaja-oferta/oferty-sk-vuso.html>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

3.8. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" (надалі в цьому пункті – Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://vuso.ua>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

3.9. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті та/або на мобільний телефон.

3.10. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, без застережень надає повну згоду на обробку його персональних даних Страховику та іншим пов'язаним із Страховиком особам без додаткового повідомлення Страхувальника, без обмеження терміну зберігання і обробки, в цілях здійснення прав та виконання обов'язків Страховика за цим Договором, забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку, здійснення зв'язку із Страхувальником, надання інформації про виконання умов Договору, для організації поштових розсилок, передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також інформування про послуги інших суб'єктів господарювання, а також в інших цілях, які не суперечать чинному законодавству України, шляхом організації поштових розсилок, надсилання текстових повідомлень за зручним способом розсилки (SMS-повідомлень, Viber тощо), а також розсилок електронною поштою на зазначені адреси Страхувальника. Страхувальник підтверджує, що йому було повідомлено про його права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством України, цілі збору даних і осіб, яким передаються його персональні дані. Також Страхувальник своїм підписом підтверджує належність зазначених персональних даних в Договорі.

3.11. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує, що ознайомлений з умовами страхування, визначеними цією Пропозицією та Правилами, а також свій обов'язок довести ці умови до відома осіб, застрахованих за Договором (Застрахованого).

#### **4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА**

4.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованого. Цей Договір укладений його Сторонами про страхування третіх осіб, інформація про яких вказана в Полісі (індивідуальних умовах Договору), за їх згодою.

4.2. Застрахована особа (в тексті Договору – «Застрахований») – фізична особа, вказана в Полісі (індивідуальних умовах Договору), що є його невід'ємною частиною.

4.3. На умовах цієї Пропозиції не можуть бути Застрахованими особи віком 66 років і старше.

4.4. Застраховані особи можуть згідно з цим Договором набувати прав і обов'язків Страхувальника.

#### **5. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ**

5.1. Цей Договір укладається відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №02-02 від 25.12.2007 р. – далі по тексту Правила. Правила оприлюднені на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/ru/pages/straniczyi/pravila-straxovaniya.html>

5.2. Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані ознайомлені з Правилами.

5.3. Взаємовідносини Сторін, що не врегульовані умовами цього Договору, регламентуються Правилами та чинним законодавством України. За наявності розбіжностей між текстом Правил та текстом Договору, перевагу має текст Договору.

#### **6. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

6.1. Страховим випадком є отримання Застрахованим медичної допомоги та послуг в Медичному закладі за направленням Страховика в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування та Договором, у зв'язку з настанням страхових ризиків, перелічених у п. 6.2. Пропозиції, які відбулися протягом строку дії Договору.

6.2. Перелік страхових ризиків:

6.2.1. гостре захворювання;

6.2.2. загострення хронічного захворювання;

6.2.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

- 6.3. Подія визнається Страховиком страховим випадком, якщо така подія:
- 6.3.1. сталась протягом оплаченого періоду страхування;
  - 6.3.2. відбулася на території дії Договору;
  - 6.3.3. передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених цією Пропозицією та додатками до неї;
  - 6.3.4. медична допомога та послуги надані в Медичному закладі, визначеному згідно з умовами цієї Пропозиції;
  - 6.3.5. не є виключенням зі страхових випадків.

## **7. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОКИ СПЛАТИ**

- 7.1. Страхова сума та страховий платіж, а також порядок сплати страхового платежу за Договором вказується в Полісі.
- 7.2. Страховий тариф – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Страховий тариф для кожного Застрахованого визначається діленням страхового платежу на страхову суму для кожного Застрахованого.

## **8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ**

8.1. Якщо п.5 Полісу передбачено сплату загального страхового платежу одним платежем – Договір набуває чинності з дати, вказаної в п.6.1. Полісу як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дати, наступної за датою сплати страхового платежу в повному обсязі на рахунок Страховика або його страхового агента (якщо це передбачено відповідним договором доручення), та діє до 24:00 годин дати, вказаної в п.6.1. Полісу як дата завершення строку дії Договору

8.2. Якщо п.5. Полісу передбачено сплату загального страхового платежу частинами (черговими страховими платежами) згідно з графіком, Договір набуває чинності з вказаної в п.6.1. Полісу дати початку дії Договору, але не раніше 00:00 годин дати, що йде наступною за датою сплати першого чергового страхового платежу (у повному обсязі), та діє до дати завершення періоду, за який сплачено перший черговий страховий платіж.

8.2.1. Відновлення дії Договору настає з 00:00 годин дати, що йде наступною за датою сплати наступного чергового страхового платежу (у повному обсязі), але не раніше дати початку періоду, за який сплачується черговий страховий платіж, та діє до дати завершення періоду, за який сплачено черговий страховий платіж. Після внесення останньої частини страхового платежу Договір діє до 24:00 дати завершення останнього періоду, що одночасно є датою завершення дії Договору.

8.2.2. У випадку несплати чергового страхового платежу повністю або частково в термін, встановлений п.5 Полісу, дія Договору не продовжується на наступний період страхування та Договір припиняє свою дію з 00:00 годин дати, наступної за датою завершення попереднього (оплаченого) періоду страхування. Страховик звільняється від обов'язку щодо виплати страхового відшкодування за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті чергового страхового платежу за Договором. Після сплати чергового страхового платежу / платежів Договір страхування відновлює свою дію з 00:00 годин дня, наступного за датою сплати відповідних чергових страхових платежів Страховику. В будь-якому разі після сплати прострочених чергових страхових платежів дата завершення кожного періоду, за який сплачено черговий страховий платіж (п.5 Полісу), не змінюється.

8.3. Якщо згідно з п.5.2. Полісу строк дії Договору поділяється на періоди страхування, а п.5 Полісу передбачає загальний страховий платіж за період страхування (один місяць) та платіжну дату – в такому випадку Договір набуває чинності з 00:00 годин дня, наступного за датою сплати страхового платежу за перший період страхування в повному обсязі на банківський рахунок Страховика та діє 1095 календарних днів за умови сплати страхових платежів за наступні періоди страхування.

8.3.1. Перший період страхування починається з 00:00 годин дня, наступного за датою сплати страхового платежу за перший період страхування в повному обсязі на банківський рахунок Страховика і завершується о 24:00 годині дня, що є Платіжною датою за наступний період страхування.

8.3.2. Кожен наступний період страхування починається з 00:00 годин дня, наступного за датою сплати страхового платежу за відповідний період страхування в повному обсязі на банківський рахунок Страховика, але не раніше Платіжної дати за цей період страхування, і завершується о 24:00 годині дня, що є Платіжною датою за наступний період страхування.

8.3.3. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за наступний період страхування, Договір призупиняє свою дію (страхові виплати за подіями, що сталися протягом неоплаченого періоду, за цим Договором не здійснюються). У разі сплати страхового платежу за наступний період страхування Договір страхування поновлює свою дію з 00:00 годин дня, наступного за датою надходження страхового платежу за відповідний період страхування у повному обсязі на банківський рахунок Страховика. При цьому у разі прострочення сплати страхового платежу дата закінчення періоду страхування та загальний строк дії Договору страхування залишаються незмінними. Договір припиняє свою дію та не може бути поновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на поточний рахунок Страховика страхових платежів протягом 6 (шести) місяців поспіль.

8.3.4. Договір припиняє свою дію в останній день строку дії Договору, якщо інші підстави, передбачені законом чи Договором, не призвели до припинення дії Договору. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після припинення строку дії Договору, повертаються Страхувальнику на підставі його письмової заяви.

8.4. В будь-якому випадку протягом 10 (десяти) календарних днів з дати вказаної в п.6.1. Полісу як початок строку дії Договору, Страховик несе зобов'язання щодо подій, які визнані страховими випадками за Договором, лише щодо надання екстреної (невідкладної, швидкої) медичної допомоги. Починаючи з 11 (одинадцятого) календарного дня дії

Договору, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за Договором, за всіма опціями Програми страхування за Договором.

## 9. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Місце дії Договору – територія України, за виключенням: тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; територій, що розташовані на лінії зіткнення; територій, на яких тривають активні бойові дії та територій, що перебувають в оточенні (блокуванні).

## 10. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

10.1. Загальні терміни та визначення, що вживаються в Пропозиції та додатках до неї, в цілях виконання Договору мають наступне значення:

10.1.1. **Застрахований** – застрахована особа згідно з Законом України «Про страхування», в інтересах якої укладено цей Договір за її згодою.

10.1.2. **Страхова сума на 1 (одного) Застрахованого** – це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов цього Договору зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку одержувачу страхової виплати, за одного Застрахованого.

10.1.3. **Ліміт відповідальності (надалі – ліміт)** – становить межу страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані Застрахованим при настанні страхового випадку. Ліміти відповідальності розбиваються пропорційно оплаті.

10.1.4. **Загальна страхова сума** за цим Договором визначається шляхом складання Страхових сум за кожного Застрахованого.

10.1.5. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов цього Договору при настанні страхового випадку.

10.1.6. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Програмою страхування. За наявності франшизи у Програмі страхування, Застрахований зобов'язаний самостійно сплатити лікувальному закладу чи аптеці відповідну частину вартості медичної послуги або медикаментів.

10.1.7. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації тощо. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри, стоматології, асистуючі компанії, лікувально-профілактичні установи та інші заклади з якими Страховик уклав Договори про обслуговування Страхувальника (Застрахованого), а також приватні лікарі, які отримали у встановленому законодавством порядку право на здійснення медичної діяльності (надання медичної допомоги та послуг). Перелік медичних закладів, в яких відбувається обслуговування, наведені у Переліку медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика <https://vuso.ua/publicnaja-oferta/drugiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html>.

10.1.8. **Медасистанс** – структурний підрозділ Страховика з обслуговування Договорів медичного страхування в частині організації та оплати медичних та інших послуг на умовах та в обсязі Програм страхування;

10.1.9. **Вигодонабувач** – юридична або фізична особа, на користь якої відповідно до умов 12.1.2 Пропозиції сплачується страхова виплата. Сторони погодили, що одержувачем страхової виплати є Медичний заклад, який надав Застрахованому медичну допомогу (послуги) на умовах цього Договору або сам Застрахований згідно з Розділом 11 Пропозиції.

10.1.10. **Нормативні витрати на ведення справи** – витрати Страховика на укладення та обслуговування Договору страхування. Нормативні витрати на ведення справи за Договором складають 30%.

10.1.11. **Медичні послуги** – це передбачені умовами цього Договору медичні консультації, обстеження, маніпуляції, процедури, забезпечення медикаментами та інша медична допомога, що виконуються з метою лікування або полегшення стану здоров'я хворого Застрахованого та мають визначену вартість.

10.1.12. **Профілактичний огляд** – це комплекс медичних заходів (огляд лікарів, лабораторно – діагностичні дослідження та інше), з метою виявлення первинного захворювання та/або виявлення та запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.

10.1.13. **Стационарна допомога** – вид медичної допомоги для лікування хворого Застрахованого, який знаходиться в медичній установі протягом безперервного періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу. Стационарна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. Ургентна госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю Застрахованого та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару протягом перших 24 годин та про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається «Госпіталізований за терміновими показаннями». Плановою госпіталізацією вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом не пізніше 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем.

10.1.14. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – медична допомога, що надається хворому Застрахованому, коли той не перебуває у стаціонарі під час лікування.

10.1.15. **Денний стаціонар** – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров'я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.

10.1.16. **Екстрена (швидка) медична допомога** – медично виправдані та обґрунтовані заходи екстреної медичної допомоги та медичного супроводу Застрахованого, який перебуває в критичному (невідкладному) медичному стані що становить пряму та невідворотну загрозу життю до найближчого медичного закладу, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови згідно із Законом України "Про екстрену медичну допомогу" від 05.07.2012 № 5081-VI.

10.1.17. **Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали одноразового використання (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони та ін.), що призначені лікуючим лікарем або використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій. Надання рецептів медичними закладами здійснюється згідно з Правилами, затвердженими наказом МОЗ України №360 від 19.07.2005 року, з урахуванням міжнародної непатентованої назви препарату (діючої речовини).

10.1.18. **Нещасний випадок** – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи людини сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками.

10.1.19. **Професійні хвороби (професійна патологія)** – це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Перелік професійних захворювань зазначено у Постанові Кабінету Міністрів України №1662 від 8 листопада 2000 р. Діагностика та встановлення первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами діючого законодавства України.

10.1.20. **Раптове захворювання** – раптово непередбачене гостре погіршення стану здоров'я Застрахованого, що загрожує життю та здоров'ю і вимагає надання Застрахованому невідкладної медичної допомоги.

10.1.21. **Критичний медичний стан** – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєвоважливих функцій організму людини (в першу чергу дихальної та серцевої діяльності організму).

10.1.22. **Екстрена (ургентна) медична допомога** – медична допомога, що надається при гострих або критичних станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної, невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

10.1.23. **Гострий біль** – суб'єктивне відчуття, яке виникає раптово, різко погіршує загальний стан людини. Зважає на нормальній праці та дієздатності людини.

10.1.24. **Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.

10.1.25. **Гостре захворювання** – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами (наприклад, ГРВІ). Певна частина гострих захворювань має здатність переходити в хронічні захворювання, завдяки таким факторам як, особливості імунної системи, особливості збудника хвороби, несприятливі умови зовнішнього середовища, неадекватного або несвоєчасного лікування.

10.1.26. **Хронічне захворювання** – тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, 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 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).

10.1.27. **Критичні захворювання** – група первинних захворювань, що включає в себе вперше виявлені злякаєсні новоутворення будь-якої локалізації, вперше виявлений цукровий діабет I типу та вперше виявлений туберкульоз будь-якої локалізації.

10.1.28. **Компенсація** – стан повного або часткового заміщення функцій пошкоджених систем, органів та тканин організму за рахунок компенсаторних процесів (інших органів і систем організму людини).

10.1.29. **Декомпенсація (некомпенсовані форми захворювання)** – порушення діяльності тканин організму, органу або системи органів, як наслідок, порушення діяльності всього організму людини в цілому, за рахунок порушень механізмів компенсації. Стан декомпенсації проявляється вираженими клінічними проявами захворювання та/або критичними станами.

10.1.30. **Виклик лікаря додому** – виїзд терапевта / педіатра, сімейного лікаря додому або на місце роботи (за показами) з відповідної категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування з амбулаторно-поліклінічної допомоги та за наявності наступних медичних показань: підвищення температури вище 38,00°C, а також будь-якого підвищення температури більше 37,40°C під час оголошеної епідемії грипу; стани та захворювання, що супроводжуються блювотою, проносом, іншими ознаками харчового отруєння або інфекційного захворювання; підвищення або зниження тиску більш ніж на 30 мм. рт. ст. порівняно із звичайним для Застрахованого. Звернення Застрахованого на виклик лікаря додому (в офіс) скеровується до Медасистансу Страховика до 14.00. У разі звернення після 14.00 - лікар має право відвідати пацієнта на наступний день.

10.1.31. **Провідний фахівець** – це лікар, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого

прайс-листу відповідного Медичного закладу, включає, але не обмежується: консультації професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо.

**10.1.32. Медичне транспортування** – транспортування Застрахованого спеціально облаштованим транспортним засобом, за медичними показаннями у медичний заклад для надання медичної допомоги. Транспортування відбувається у супроводі медичного працівника.

**10.1.33. Базові медичні заклади** – це лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування зі списку Страховика згідно з категорією лікувально-профілактичних закладів обраної Програми страхування. Базові медичні заклади мають пріоритет при скеруванні Застрахованого за медичними послугами, обслуговування у інших закладах відбувається при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі, або за направленням лікаря базового медичного закладу. При необхідності у базовому медичному закладі, найменування базових медичних закладів зазначаються у Програмі страхування.

**10.1.34. Розрахункові медичні заклади** – це медичні заклади, за вартістю послуг в яких відбувається розрахунок розміру страхової виплати Застрахованим особам, які самостійно оплатили та отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком Страховика (вартість послуг в яких більша за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах). Найменування розрахункових медичних закладів відповідно до класів/категорій Медичних закладів у Переліку медичних закладів.

**10.1.35. Заява-анкета (Декларація про стан здоров'я)** (надалі Заява-Анкета) - заява Страхувальника (Застрахованого) про стан її здоров'я і характер її ризиків – хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом її життя, що заповнюється стосовно Застрахованого на усну чи письмову вимогу Страховика при укладенні Договору та/або в будь-який момент строку дії Договору.

**10.1.36. Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованому за цим Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас / категорія Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованому, інші обмеження). Перелік Програм страхування, доступних до вибору Страхувальником при укладенні Договору наведено в Додатку 1 до цієї Пропозиції. Інформація про фактично обрану Страхувальником Програму страхування з наведених в Додатку 1 до Пропозиції – для кожного Застрахованого зазначається в Полісі.

**10.1.37. Картка** – індивідуальна Картка Застрахованого, яку Страховик має право видати Застрахованому. Картка може бути видана у паперовій формі (формату А7 – А8, виготовлена з пластику) або електронній формі (через sms-повідомлення/e-mail повідомлення на засіб зв'язку (телефон або електронну пошту) Страхувальника / Застрахованого, вказану при укладенні Договору. В останньому випадку номер Полісу є номером Картки Застрахованого.

## 11. ДІЇ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Застрахований невідкладно (до звернення в Медичний заклад) зобов'язаний повідомити Страховика за телефоном **0800 303 911** (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами (членами сім'ї Застрахованого, колегами на роботі, знайомими або іншими особами), якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно.

11.2. Страховик, в разі визнання випадку страховим, організовує та оплачує надання Застрахованому відповідних видів допомоги та послуг, передбачених обраною за Договором Програмою страхування, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик замовляє для Застрахованого певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з медичним закладом, гарантує їх оплату.

11.3. У разі невизнання випадку страховим Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованому за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати.

11.4. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором та обраною Програмою страхування, за направленням Страховика. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика. Перелік медичних закладів для обслуговування Застрахованих за цим Договором міститься на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/publicchnaja-oferta/drugije-oferty-pamyatki-spravochniki.html>.

11.5. При зверненні до Медасистансу Страховика Застрахований має надати наступну інформацію (на вимогу лікаря – координатора Медасистансу Страховика):

- 11.5.1. Прізвище, Ім'я, По-батькові Застрахованого;
- 11.5.2. номер Полісу Застрахованого;
- 11.5.3. місце проживання Застрахованого;
- 11.5.4. причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям);
- 11.5.5. адреса місцезнаходження Застрахованого; контактний телефон.

11.6. Лікар-координатор Медасистансу Страховика проводить ідентифікацію особистості Застрахованого та чинність Договору, надає медичні консультації, та, у разі необхідності, направляє Застраховану особу у базовий медичний заклад або відповідний заклад охорони здоров'я відповідно до Програми страхування та конкретного страхового випадку, організовує надання невідкладної медичної допомоги. Підбір медичного закладу відноситься до компетенції лікаря Медасистансу Страховика за умови погодження останнього з Застрахованою особою. При цьому Застрахований зобов'язаний чітко виконувати всі інструкції Медасистансу Страховика. Застрахована особа зобов'язана пред'явити в медичному закладі документ, що посвідчує особу (з фотографією) та Поліс (Картку);

11.7. Заявку на отримання планової медичної допомоги (планові обстеження та консультації), Застрахований повинен надати лікарю Медасистансу Страховика по телефону чи електронною поштою на адресу [medkc@vuso.ua](mailto:medkc@vuso.ua) не менше, ніж за 2 (два) робочі дні до бажаної дати консультації чи обстеження. Лікар Страховика організовує планові

консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 1 (одного) календарного дня з моменту звернення.

11.8. Заявку на отримання виклику лікаря до дому (або в офіс) Застрахованого, що за станом здоров'я не в змозі самостійно відвідати лікаря, повинна надати лікарю Медасистансу Страховика по телефону чи електронною поштою на адресу medks@vuso.ua до 14.00 (у разі звернення після 14.00 - лікар має право відвідати пацієнта на наступний день). Лікар Медасистансу Страховика організовує виклик лікаря додому (або в офіс) та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 2 (двох) годин з моменту звернення.

11.9. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації організовуються за направленням лікуючого лікаря або терапевта або лікаря Страховика лише у тому разі, якщо симптоми захворювання потребують огляду (консультації) такого спеціаліста у відповідності до стандартів та протоколів МОЗ України. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організовуються виключно при гострих станах, при цьому вибір Медичного закладу належить до компетенції Страховика за умови погодження з Застрахованим;

11.10. За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень в день звернення Застрахованого до Страховика, останній може записати Застрахованого на проведення дослідження без встановлення конкретного часу для звернення.

11.11. При призначенні лікарем Медичного закладу з переліку Страховика медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому Медичному закладі, Застрахована особа телефонує до Медасистансу Страховика за телефоном 0 800 303 911, та за направленням лікаря Медасистансу Страховика відвідує визначений лікарем інший консультативно-діагностичний медичний заклад, згідно з Програмою страхування Застрахованого та конкретним страховим випадком.

11.12. Обслуговування Застрахованого при підозрі на алкогольне сп'яніння при травмах, набутих внаслідок ДТП, побутових сутичок тощо проводиться лише при наданні на вимогу лікаря-координатора Медасистансу Страховика Довідки про відсутність у крові або сечі алкоголю та продуктів його метаболізму (окрім станів, що загрожують життю Застрахованого);

11.13. Застрахований може отримати послуги в іншому (не зазначеному в Переліку медичних закладів) медичному закладі, за умови попереднього погодження з Медасистансом Страховика.

11.14. У випадках виявлення у Застрахованого захворювань або станів, при яких лікування не може бути здійснено у Медичних закладах, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб тощо), Страховик сприяє у направленні Застрахованого у спеціалізовані Медичні заклади.

11.15. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, медичним закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу (послуги) Застрахованому в рамках обраної Програми страхування та за умови виконання умов Договору Застрахованим;

11.16. Якщо в Програмі страхування не передбачено покриття послуг провідних фахівців (головних лікарів, к.м.н, д.м.н тощо) Страховик може гарантувати лише покриття/відшкодування вартості послуг звичайного фахівця, а Застрахований повинен самостійно доплатити за різницю вартості послуг між звичайними фахівцями та провідними (окрім складних випадків, що потребують залучення висококваліфікованих провідних фахівців для диференційної діагностики у відповідності до Протоколів та стандартів МОЗ України).

11.17. Медикаментозне забезпечення організовується лікарем Страховика протягом 1-12 годин з моменту звернення згідно з графіком та умовами роботи аптек та наявності такої можливості в регіоні.

11.18. Стационарна допомога організовується лікарем Страховика протягом 1 (одного) робочого дня – планова та протягом 1 (однієї) години – невідкладна, за наявності вільних місць та Медичного закладу відповідного профілю у місті перебування Застрахованого. При відсутності вільних місць та Медичного закладу відповідного профілю у місті перебування Застрахованого, невідкладна стационарна допомога здійснюється до найближчого Медичного закладу, де Застрахованому буде надана екстрена медична допомога за життєвими показаннями з подальшим переведенням за необхідності в Медичному закладі відповідного профілю.

11.19. Організація послуг екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюється в максимально швидкий термін. Послуги екстреної (швидкої) медичної допомоги надаються переважно державними медичними закладами.

11.20. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.

**11.21. Обслуговування Застрахованого у випадку відшкодування Страховиком медичних витрат Застрахованого (за попереднім узгодженням медичних витрат з Медасистансом Страховика).**

11.21.1. У виключних випадках, при одержанні Застрахованим медичних та інших послуг, передбачених цим Договором, в закладах, не передбачених цим Договором та здійснення оплати за ці послуги (придбання медикаментів, оплата діагностичних обстежень тощо за свій рахунок), але при умові, що це було попередньо узгоджено із Медасистансом Страховика, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованому.

11.21.2. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт необхідності отриманих медичних послуг Страховальником (Застрахованим) та їх вартість.

**11.22. Для отримання страхової виплати Застрахований зобов'язаний надати (або надіслати) на адресу Страховика наступні документи:**

11.22.1. Заяву на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою, розміщеною на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/drugiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html> ;

11.22.2. Копію паспорта громадянина України або документ, який посвідчує особу;

11.22.3. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера.

11.22.4. Додатково до документів, зазначених у пп. 11.22. Пропозиції додається:

**11.22.4.1. Для відшкодування вартості медикаментів:**

- a. *копія виписки з історії хвороби або виписного епікризу, де вказується діагноз, термін лікування, перелік медикаментів, дозування та їх кількість. Документи повинні бути завірені штампом і печаткою лікувальної установи, підписом лікаря (та його печаткою) та/або завідувача відділенням;*
- b. *при амбулаторному лікуванні – копія виписки з амбулаторної карти або довідки, що завірені лікувальною установою, рецепти (вимоги) на медикаменти, оформлені у встановленому порядку.*
- c. *аптечні фіскальні чеки (у разі відсутності в фіскальному чеку назви конкретного лікарського препарату до фіскального чеку має надаватись товарний чек із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та прізвища Застрахованого, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою аптечного закладу), товарні чеки на медикаменти із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та прізвища Застрахованої особи, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою аптечного закладу (якщо медикаменти придбані у ФОП). Дата видачі товарного і фіскального чека повинні збігатися.*
- d. *копія установчих документів, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у Переліку медичних закладів, що розміщений на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/druqiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html> (виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи)*

**11.22.4.2. Для відшкодування вартості медичних послуг:**

- a. *копія медичного висновку про призначення медичних послуг (консультативний висновок, виписку із амбулаторної карти тощо) оформлені належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою лікувальної установи;*
- b. *фіскальні чеки або прибуткові касові ордери, розрахункові квитанції з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;*
- c. *копія установчих документів, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у Переліку Медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/druqiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html> (виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);*
- d. *акт виконаних робіт;*

**11.22.4.3. Для відшкодування вартості діагностичних обстежень:**

- a. *копія направлення лікаря на даний вид діагностичних обстежень;*
- b. *фіскальний чек (прибутковий касовий ордер, розрахункова квитанція) з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;*
- c. *копія результатів обстеження або лікування;*
- d. *копія установчих документів, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у Переліку Медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/druqiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html> (виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);*
- e. *акт виконаних робіт;*

11.22.5. Документи, зазначені у пп.11.22 – 11.22.4 Пропозиції, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Платіжні документи, що підтверджують оплату наданих послуг або медикаментів (фіскальний чек, квитанція, прибутковий касовий ордер) завжди надаються у вигляді оригіналів;

11.22.6. Якщо зазначені у п.11.22.4 Пропозиції документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

11.22.7. Страхувальник (Застрахований) має право надавати Страховику додатково інші документальні підтвердження щодо настання події, яка може бути визнана страховим випадком.

11.22.8. В окремих випадках Страховик має право мотивовано вимагати надання інших документів, не зазначених у пп.11.22 – 11.22.4 Пропозиції, якщо на підставі наявних доказів неможливо зробити висновок про право отримання страхової виплати одержувачем, зокрема, про факт настання страхового випадку, обсяг шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров'я Страхувальника (Застрахованого).

11.22.9. У випадку самостійної оплати за медичні послуги Застрахований має подати заяву на отримання страхової виплати у термін до 30 (тридцяти) календарних днів після отримання медичних послуг. У разі перевищення цього терміну, Страховик має право відмовити або відшкодувати її (частково або повною мірою).

11.22.10. Після кожного страхової виплати відповідна страхова сума зменшується на суму такої виплати;

11.22.11.в особливих випадках по подіях, передбачених в п.11.212 Пропозиції, рішення про оплату лікування приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків медичних закладів.

11.22.12. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:

- a. замовлення на доставку ліків,
- b. замовлення на надання медичної допомоги,
- c. рахунки-фактури лікувально-профілактичних закладів без надання відповідних фінансових документів



- (фіскальних чеків, квитанцій), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованим послуг або медикаментів;
- d. документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи Медичних закладів, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;
- e. квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;
- f. товарні чеки від приватних підприємців (СПД, ПП) без номера, підпису приватного підприємця, печатки (за наявності останньої);
- g. фінансові документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній;
- h. копії фінансових документів;
- i. квитанції про сплату благодійних внесків;
- 11.22.13. **При виникненні питань** відносно страхової виплати (відшкодування) Застрахований може звернутись за електронною адресою [redress@vuso.ua](mailto:redress@vuso.ua).
- 11.22.14. Для попереднього розгляду та отримання інформації про можливість страхової виплати (відшкодування), Застрахований має право надіслати електронні копії документів для страхової виплати на адресу: [redress@vuso.ua](mailto:redress@vuso.ua), (але це не виключає необхідності надання документів у паперовому вигляді);

## 12. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

### 12.1. Рішення Страховика щодо страхової виплати:

- 12.1.1. Рішення про страхову виплату, приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після отримання останнього документу та оформлюється страховим актом. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після отримання останнього документу.
- 12.1.2. Страховик здійснює страхову виплату, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення про страхову виплату, за такими можливими варіантами:
- 12.1.2.1. Медичним закладам, що надали Застрахованому послуги, передбачені цим Договором, в разі організації послуг Медасистансом Страховика;
- 12.1.2.2. Застрахованому (або її законному представнику) на підставі його письмової заяви. Страховик здійснює страхову виплату шляхом переказу коштів на банківський рахунок або через систему Аваль-експрес. Про переказ коштів Застрахованому повідомляється за допомогою SMS-повідомлення.
- 12.1.3. При прийнятті рішення Страховиком про відмову у страховій виплаті Застрахованому, Страховик протягом 10 (десяти) календарних днів письмово повідомляє про це Застрахованого з обґрунтуванням причин відмови.
- 12.1.4. Розмір страхової виплати визначається виходячи з розміру фактичних витрат Застрахованого, попередньо погоджених з Медасистансом Страховика (відповідно до послуг, лімітів відповідальності та категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування), але не більше ніж вартість таких послуг у розрахункових медичних закладах, якщо інше не зазначено в Програмі страхування (крім випадків, коли Застрахований не мав змоги звернутись за медичною допомогою в лікувальний заклад рівня, обумовленого Програмою страхування, з причини відсутності такого у регіоні, де були надані медичні послуги, або з причини відсутності таких послуг в базовому медичному закладі чи відмови таким лікувальним закладом в наданні медичної допомоги).
- 12.1.5. Загальна сума виплат по Страхувальнику (Застрахованому) за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої за цим Договором на одного Застрахованого.
- 12.1.6. Якщо за фактами, які спричинили настання страхового випадку, порушено кримінальне провадження або справа розглядається судом, прийняття рішення про страхову виплату може бути відстрочене до закінчення розслідування, судового розгляду, але на строк не більше 6 місяців.
- 12.1.7. Страхові виплати здійснюються з врахуванням податків та зборів передбачених чинним законодавством України на момент здійснення страхової виплати.
- 12.1.8. Здійснення страхових виплат проводиться тільки в національній валюті України.

## 13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Страховик відмовляє у страховій виплаті, якщо випадок підпадає під обмеження страхування та виключення зі страхових випадків, перелік яких наведено в даному розділі Пропозиції.

### 13.2. Застрахованими особами не можуть бути:

- 13.2.1. Особи, які визнані у встановленому порядку недеєздатними;
- 13.2.2. Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та (або) шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
- 13.2.3. Особи, що страждають або страждали такими захворюваннями: ревматизм, вади серця; хронічна недостатність кровообігу, починаючи зі стадії ІІВ та вище; гепатит В або С, цироз печінки; інсулінозалежний цукровий діабет; гломерулонефрит, хронічна ниркова недостатність ІІ ступеня та вище; енцефаліт, розсіяний склероз; епілепсія, паркінсонізм, шизофренія; хвороба Бехтерева, склеродермія, системний червоний вовчак; доброякісні новоутворення головного та/або спинного мозку; злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, в т.ч. злоякісні хвороби крові; має трансплантовані органи (окрім зубів, волосся та шкіри);
- 13.2.4. ВІЛ – інфіковані; хворі на СНІД;
- 13.2.5. Особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);
- 13.2.6. Вагітні жінки.

**13.3. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.3.1. 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;

13.3.2. Поза межами території страхування відповідно до Договору страхування;

13.3.3. Захворювання та/або травми, отриманої внаслідок дій Застрахованого, пов'язаних з невиправданим ризиком (безпосередня участь в воєнних діях, під час проходження застрахованим 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 та 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);

13.3.4. Будь-якого захворювання та/або травми, які сталися з Застрахованим внаслідок війни, вторгнення, дії іноземних агресорів (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту, повстання, масових заворушень, порушення громадського порядку, страйку, військового стану або стану облоги, спроби повалення уряду, будь-якого терористичного акту, диверсії;

13.3.5. Події, що сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, лікування гострих та хронічних променевих уражень;

13.3.6. Травми, отриманої Застрахованим у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, опіків та отруєнь, отриманих внаслідок перерахованих вище станів. Травми, отримані Застрахованим внаслідок настання ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованого в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

13.3.7. Травм, отриманих внаслідок злочинних дій або бездіяльності, які підтверджені вироком суду, в зв'язку з спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

13.3.8. 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://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>;

13.3.9. За одним страховим випадком, що перевищують 30 діб з дати настання страхового випадку;

13.3.10. 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 Медичному закладу витрати на стаціонарне лікування не більше, ніж за 10 днів після закінчення дії Договору страхування;

13.3.11. Захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та захворювань в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації), персистуючих інфекцій, професійних захворювань;

13.3.12. 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);

13.3.13. Нещасних випадків під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, стрільцями ВОХОР, а також під час проходження військової служби;

13.3.14. Захворювань, травм, набутих внаслідок недотримання офіційно встановлених правил техніки безпеки, протипожежної безпеки тощо, а також правил внутрішнього розпорядку, встановлених на виробництві;

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

13.3.16. У разі самолікування Застрахованого, а також захворювань та станів, що виникли внаслідок самостійного лікування;

13.3.17. В зв'язку із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі/їх законним представникам під час укладення Договору та/або заповнення Декларації про стан здоров'я (при оформленні такої Декларації на усну або письмову вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Страхувальником / Застрахованим / їх законними представниками Страховик, та не зазначені в Декларації про стан здоров'я.

**13.4. 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):**

13.4.1. Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ) (A00, A01, A20, A22, A23, A24), за виключенням ГРВІ, COVID 19 та сезонного грипу;

13.4.2. Вірусні гепатити (B17-B19), за виключенням Гепатиту А (B15);

13.4.3. Хвороба, що викликана вірусом імунодефіциту людини [ВІЛ] (B20-B24);

13.4.4. Мікози (B35 – B49);

13.4.5. Злоякісні новоутворення (C00-C97), новоутворення In situ (D00-D09), окрім випадків первинної діагностики;

13.4.6. Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою (D50-D61, D63-D77);

13.4.7. Імунодефіцити (D80-D89);

- 13.4.8. Саркоїдоз (D86);
- 13.4.9. Муковісцидоз (E84);
- 13.4.10. Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування (E65-E68);
- 13.4.11. Порушення обміну речовин (E70-E90), в т.ч. непереносимість лактози (E73);
- 13.4.12. Вегето-судинна дистонія (F43, G90.9);
- 13.4.13. Системні атрофії ЦНС (G10-G13);
- 13.4.14. Демієлінізуючі захворювання (G35-G37);
- 13.4.15. Мігрень (G43);
- 13.4.16. Аміотрофії (G54,5);
- 13.4.17. Міастенії (G70);
- 13.4.18. Міотонії (G71);
- 13.4.19. Дитячий церебральний параліч (G80);
- 13.4.20. Енцефалопатія будь-якого ґенезу (G92, G93.4, G93.8);
- 13.4.21. Сирингомієлія (G95);
- 13.4.22. Синдром «сухого ока» (H16.2);
- 13.4.23. Халязіон (H00.1), окрім випадків ускладнення;
- 13.4.24. Катаракта (H25-H28);
- 13.4.25. Косоокість (H49-H52);
- 13.4.26. Глаукома (H40-H42), окрім кризового перебігу, що вперше діагностована протягом дії Договору страхування, та загрожує настанню сліпоти Застрахованого;
- 13.4.27. Короткозорість (H52.1); далекозорість (H52.0);
- 13.4.28. Астигматизм (H52.2);
- 13.4.29. Амбліопія (H53.0), астенопія (H53.1);
- 13.4.30. Спазм акомодатії (H52.5);
- 13.4.31. Ревматизм (I00-I02);
- 13.4.32. Кардіоміопатії (I43-I43);
- 13.4.33. Хронічна серцева недостатність (I50,I50.1,I50.9);
- 13.4.34. Атеросклероз (I70);
- 13.4.35. Хронічна венозна недостатність (I80-I89);
- 13.4.36. Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гострий геморой, гемороїдальні кровотечі) (I83);
- 13.4.37. Гіпертрофія аденоїдів (J35.2);
- 13.4.38. Хвороба Крона (K50);
- 13.4.39. Неспецифічний виразковий коліт (K51-K52);
- 13.4.40. Гепатоз, цироз, стеатоз (K70, K74, K70);
- 13.4.41. Печінкова недостатність (K70-K77);
- 13.4.42. Лейкоплакія (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4);
- 13.4.43. Келоїдні рубці (L 90);
- 13.4.44. Ревматоїдний артрит (M05-M09), подагра (M10);
- 13.4.45. Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36);
- 13.4.46. Аутоімунні захворювання (M30-M36);
- 13.4.47. Хронічні аутоімунні артропатії та спондилопатії (M30-M36);
- 13.4.48. Остеопороз (M80-M82);
- 13.4.49. Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0);
- 13.4.50. Хронічна ниркова недостатність (N18);
- 13.4.51. Мастопатія (N60);
- 13.4.52. Ендометріоз (N80);
- 13.4.53. Гіперплазія ендометрія (N80);
- 13.4.54. Дісплазія епітелію шийки матки (N87), ерозія шийки матки (N86);
- 13.4.55. Вагітність, пологи та післяпологовий період (O00 – O99);
- 13.4.56. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою (P10-P15);
- 13.4.57. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених (P91);
- 13.4.58. Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату (M15-M19, M40-M54), в т.ч. протрузії, хребцева кіла, спондилоартроз, спонділолістез, остеохондроз, артроз та їх ускладнення, (терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення, та строком лікування не більше 14 днів з приводу одного випадку);
- 13.4.59. Психічні захворювання, розлади та їх ускладнення (F00-F99), в т.ч. розлади, пов'язані з вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків та ін.), психопатії, неврози, астено-депресивні стани, епілепсія (окрім екстрених станів), порушення (дефекти) мови, корекція психоемоційних станів. Травми та соматичні хвороби, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;
- 13.4.60. Вроджені вади, аномалії розвитку, генетичні, спадкові хвороби, у т.ч. з порушенням хромосомного набору (Q00-Q99);
- 13.4.61. Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.) та інших органів (B65-B83, A06, A07.1);

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

13.4.63. Функціональні розлади: дискінезія жовчовивідних шляхів (K82.8), синдром подразненого кишківника (K58), дисбактеріоз кишківника (K63.8.0), синдром прорізування зубів (K00.7) та ін.;

13.4.64. Доброякісні новоутворення (D10 – D48), кістозні утворення, у т.ч. видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші) за винятком ускладнених, що загрожують життю людини (травмування, кровотечі);

13.4.65. Алергічні хвороби (вазомоторний риніт, алергічний риніт (K00.7), кон'юнктивіт (H10.1) та ін.), окрім станів, що загрожують життю Застрахованого (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів, генералізована кропив'янка);

13.4.66. Дисгормональні стани: клімакс (N95), аденома простати (N40), фіброміома (D25), кісти яєчників (N83.0 - N83.2), синдром виснажених яєчників (E28), порушення менструального циклу (N94.4 – N94.9), передменструальний синдром (N94.3), гіперпролактинемія (E22.1), овуляторний синдром (N94), фіброаденома (D24), лейкоплакія (N88.0) та ін., окрім станів, що загрожують життю Застрахованого (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо);

13.4.67. Простатит (N41), окрім стаціонарного лікування гострого неспецифічного простатиту, еректильні та сексуальні дисфункції (N48.4, F52), в т.ч. імпотенція та ін.

**13.5. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.5.1. Щодо діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, шанкрод, донованоз);

13.5.2. Щодо діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування захворювань та інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (крім зазначених у п.13.5.1.), у т.ч. гарднерельоз (баквагіноз, дизбіоз піхви), цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, гострокінцеві конділоми, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, кандидозних вульвовагинітів 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;

13.5.3. Щодо лікування запальних захворювань сечостатевої системи у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативні результати відповідних лабораторних досліджень;

13.5.4. Пов'язаних з безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням, контрацепцією (ВМС, стерилізація тощо), операціями по зміні статі; проведенням абортів без медичних показань.

**13.6. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг та/або товарів, пов'язаних з витратами на, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.6.1. Медичні послуги, які відповідно до клінічних протоколів МОЗ не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання, його ускладнень та невідкладних станів;

13.6.2. Планове видалення металокопункцій;

13.6.3. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, реконструктивні втручання на суглобах будь-якої локалізації), операцій на серці (у т.ч. стентування, шунтування), коронарних судинах, провідній системі, судинах, за винятком травм внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору страхування; проведення літотрипсії, планового лікування (в т.ч. оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст), за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально);

13.6.4. Модифікацію людського тіла, в т.ч. хірургічну зміну статі;

13.6.5. Трансплантацію органів та тканин (окрім лікування опіків), протезування, ендпротезування, імплантації;

13.6.6. Планові операції із застосуванням апарату штучного кровообігу: аорто-коронарне шунтування та ін.;

13.6.7. Використання лазерних технологій лікування, в т.ч. профілактичної лазерної коагуляції сітківки ока;

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

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

13.6.10. Витрати та послуги, не передбачених Договором страхування та Програмою страхування;

13.6.11. Видалення, промивання сірчаних пробок;

13.6.12. Визначення гормонів вагітності, проведення ультразвукової діагностики на виявлення вагітності, забезпечення тестами на виявлення вагітності;

13.6.13. Експериментальне лікування, альтернативні консультації (окрім випадків, що передбачені клінічними протоколами лікування); перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;

13.6.14. Послуги та лікування в профілакторіях, санаторіях, реабілітацію;

13.6.15. Виклик до дому лікарів вузької спеціалізації; консультації (у т.ч. виклик до дому) професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напряму тощо, окрім важко диференційованих випадків;

13.6.16. Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), якщо немає ніякого погіршення здоров'я, включаючи діагностику;

13.6.17. Альтернативну медицину (голкорефлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, кінезотерапія, гірудотерапія тощо), озонотерапію (в т.ч. у стоматології), УФО; лазерні технології (в т.ч. у стоматології), барокамери; гомеопатичне та фітотерапевтичне лікування, антигомтоксичну терапію, ударно-хвильову терапію, механотерапію, підводні тракції, екстракорпоральні методи лікування та реабілітації тощо;

13.6.18. Оздоровчі процедури (відвідування басейну, масаж, SPA тощо) та фізіотерапевтичні процедури; послуги (у т.ч. медикаментів), пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями;

13.6.19. Ортодонтію (в т.ч. брекет-системи, трейнери, капи);хон суцільнокерамічне протезування; шинування зубного ряду; інкрустацію, застосування дорогоцінних металів; лікування пародонтозу/парадонтиту 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 паста тощо), ортопантограму, Вектор-терапію;

13.6.20. Консультації нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, гомеопата, логопеда.

**13.7. Виключення / обмеження застосування лікарських засобів. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.7.1. 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;

13.7.2. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;

13.7.3. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах;

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

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

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

13.7.7. Хондропротектори, в т. ч. хондроїтин сульфат глюкозамін тощо;

13.7.8. Бісфосфонати, тіофосфати, стимулятори тканинного обміну;

13.7.9. Інгібітори фактору некрозу пухлин альфа;

13.7.10. Антинеопластичні засоби;

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

13.7.12. Психостимулюючі та ноотропні засоби;

13.7.13. Засоби, що застосовуються при деменції;

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

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

13.7.16. Імуностимулятори, імуномодуляторів;

13.7.17. Засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню (крім призначення в умовах екстреного стаціонарного лікування);

13.7.18. Препарати урсо (хено) дезоксіхолоїевої кислоти (урсофальк, салофальк тощо);

13.7.19. Антигомтоксична терапія;

13.7.20. Біологічно активні та харчові добавки;

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

13.7.22. Гепатопротектори;

13.7.23. Пробіотики, пребіотики, еубіотики;

13.7.24. Бактеріофаги;

13.7.25. Снодійні та седативні препарати, антидепресанти, транквілізатори;

13.7.26. Метаболіки (актовегін, тівортін тощо);

13.7.27. Адаптогени;

13.7.28. Препарати полівітамінів і вітамінно-мінеральних комплексів, сироваток, антитіл, антигенів;

13.7.29. Сольові розчини для зрошення слизових оболонок;

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

13.7.31. 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);

13.7.32. Протигрибкових препаратів, кардіопротекторів у складі схеми лікування, що необхідні для профілактики ускладнень медикаментозної терапії, або призначені з метою профілактики взагалі;

13.7.33. Комплексних вітамінно-мінеральних препаратів;

13.7.34. Профілактичної вакцинації, окрім антирабічної вакцинації та вакцинації проти правцю;

13.7.35. Специфічної імунотерапії алергічних захворювань;

13.7.36. Простагландинів, окрім випадків переривання вагітності за медичними показами;

13.7.37. Медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України або що не мають реєстрації на території України.

**13.8. Виключення / обмеження застосування виробів медичного призначення. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.8.1. Медичного лікування та діагностичних приладів, засобів (виробів) медичного призначення, пристроїв, медичного обладнання, та витратних матеріалів до них, в т.ч. числі призначених з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів, медичного інструментарію, а також їх підбір та використання: стенти, набори для емболізації, деартерілізації, артроскопічні набори, штучні зв'язки, резорбтивні болти, гвинти, спиці, пролінова сітка, електроди, ріжучі петлі, ортези, протези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу, голки для біопсії;

13.8.2. Дезінфікуючих засобів (окрім засобів для дезінфекції рук та ран), предметів гігієни та догляду; допоміжних засобів медичного користування, у т.ч. придбання коміру Шанса, бандажу, милиць, окулярів, контактних лінз, протезів, слухових апаратів, інвалідних візків, інгаляторних пристроїв (спайсерів, небулайзерів тощо).

**13.9. Виключення / обмеження діагностичних досліджень. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.9.1. Діагностики захворювань методами ПЦР, в т.ч. досліджень на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, тредміл-тестів, проби Манту;

13.9.2. Діагностики та лікування порушень обмінних процесів, включаючи ліпідогрामу (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрії, гіперліпідемії, гіперхолестеринемії, сечосольового діатезу, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограми, досліджень на гормони (більше чотирьох гормонів на рік); алергоскринінг (алергологічні дослідження), системної імунотерапії тощо;

13.9.3. Генетичного тестування та аналізу поліморфізму генів;

13.9.4. Діагностики будь-яких порушень репродуктивної функції.

**13.10. Інші стани та обмеження. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати вартості, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

13.10.1. 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 6 (шість) років; організацію та оплату індивідуального сестринського поста;

13.10.2. Повторних медичних обстежень Застрахованого, та/чи придбання за його власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);

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

13.10.4. Медичного транспортування Застрахованого з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань;

13.10.5. Транспортних витрат за межами 30 км зони від міста виїзду лікаря або швидкої допомоги, послуги таксі.

13.11. Зазначені в цьому Розділі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування застосовуються, якщо інше не передбачено Програмою страхування (Додаток 1), обраною для відповідного Застрахованого згідно з Полісом.

13.12. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

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

13.12.2. вчинення Страхувальником (Застрахованим) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.12.3. настання подій, які не можуть бути визнані страховими випадками згідно з умовами цього Договору;

13.12.4. ненадання Страховику документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;

13.12.5. подання Страхувальником (Застрахованим) свідомо неправдивих відомостей про Страхувальника (Застрахованого) (стан здоров'я, рід занять, ступінь ризику) або про факт та причини настання страхового випадку;

13.12.6. неузгодження дій Страхувальника (Застрахованого) щодо страхового випадку (звернення та/або лікування в медичних установах) без узгодження з лікарем Медасистансу Страховика;

13.12.7. невиконання вказівок Страховика, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. з урахуванням вимог п. 14.2, Розділу 11 Пропозиції;

13.12.8. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованим) про настання страхового випадку та/або невиконання вказівок лікаря Медасистансу Страховика, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. невиконання пп. 14.2.12 – 14.2.13 та Розділу 11 Пропозиції;

13.12.9. подання документів на виплату Застрахованим, у разі самостійної сплати медичних послуг Застрахованим (п.11.22.9. Пропозиції) в строк, що перевищує 60 (шістдесят) календарних діб з дати отримання таких послуг з приводу стаціонарного лікування, та 30 (тридцять) календарних діб у всіх інших випадках;

13.12.10. настання страхового випадку після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика відповідно до пп. 14.2.4 – 14.2.5 Пропозиції;

13.12.11. інші підстави, передбачені цим Розділом Пропозиції та/або законодавством України.

13.13. У разі звернення Застрахованого щодо випадку, що не визнається Страховиком страховим згідно з умовами Договору, в тому числі умовами додатків до цієї Пропозиції, Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованому за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови цієї Пропозиції, в тому числі додатків до цієї Пропозиції. В таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованого, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованому з подальшою оплатою відповідних видів допомоги та послуг самим Застрахованим.

13.14. Якщо обставини, що можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати із Застрахованого/Страховальника компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Застрахованим/Страховальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними в такій вимозі. В разі неповернення коштів Страховик має право при наступних зверненнях Застрахованого 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 Страховальником умов Договору.

## 14. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

### 14.1. Страховальник (Застрахований) має право:

- 14.1.1. вимагати виконання Страховиком умов цього Договору;
- 14.1.2. на внесення змін або доповнень до умов Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
- 14.1.3. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
- 14.1.4. на отримання дублікату Договору, або частини Договору, у разі втрати оригіналу, при цьому оригінал втрачає свою юридичну силу;
- 14.1.5. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
- 14.1.6. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;
- 14.1.7. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному у Програмі страхування;
- 14.1.8. вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхових виплат та організації надання медичної допомоги (послуг), передбачених цим Договором у відповідності до його умов;
- 14.1.9. Застрахований має право отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов отримання медичної допомоги (послуг).

### 14.2. Страховальник (Застрахований) зобов'язаний:

- 14.2.1. своєчасно вносити страхові платежі в обсягах та в строки, що обумовлені цим Договором;
- 14.2.2. уважно ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та цим Договором;
- 14.2.3. надавати Страховику дані, необхідні для укладання Договору та пов'язані з його дією;
- 14.2.4. при укладанні Договору надати інформацію Страховику 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 ступеню страхового ризику протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли Страховальник (Застрахованому) стало відомо про зміну ступеню ризику;
- 14.2.5. в разі зміни ступеню страхового ризику, Страховальник зобов'язаний укласти зі Страховиком Додаткову угоду, з врахуванням ступеню ризику, та сплатити додатковий страховий платіж;
- 14.2.6. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори добровільного медичного страхування;
- 14.2.7. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 14.2.8. повідомити Застрахованого про укладення цього Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дня набуття ним чинності та ознайомити їх зі змістом цього Договору;
- 14.2.9. забезпечити, за вимогою Страховика, проходження попереднього медичного огляду у вказаному Страховиком медичному закладі (або довіреного лікаря Страховика);
- 14.2.10. заповнити Заяви-Анкети (Декларації про стан здоров'я) встановленого Страховиком зразку на усну або письмову вимогу Страховика;
- 14.2.11. правдиво відповідати на питання, викладені в Заяви-Анкети (Декларації про стан здоров'я);
- 14.2.12. дотримуватися правил розпорядку й режиму роботи лікувальних установ;
- 14.2.13. не передавати Поліс (Картку) іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;
- 14.2.14. виконувати всі рекомендації лікаря Медасистансу Страховика (у тому числі щодо Медичного закладу, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованого та не здійснює відшкодування витрат, здійснених внаслідок такого випадку, та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;
- 14.2.15. у разі самостійного звернення у медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту такого звернення, інформувати про це Медасистанс Страховика за телефоном 0 800 303 911. Якщо Страховальник (Застрахований) не мав можливості повідомити Страховика про страховий випадок з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії тощо), то після припинення цих обставин зобов'язаний повідомити Медасистанс Страховика протягом 1 (одного) робочого дня;

14.2.16. у випадку неможливості з'явитись на призначений прийом (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста та інше), Страхувальник (Застрахований) зобов'язаний негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше ніж за 4 години до призначеного прийому, попередити Медасистанс Страховика про скасування призначеного прийому (огляду, консультації, медичної маніпуляції, візиту до вузькопрофільного спеціаліста та інше). У випадку, якщо Страхувальник (Застрахований) не попередив, без поважних причин, завчасно про відмову (неможливість) з'явитись на призначений прийом до медичного закладу, Страховик залишає за собою право відмовити у сплаті медичних послуг, наданих за наступним зверненням Страхувальника (Застрахованого) за медичною допомогою;

14.2.17. повідомити Страховика про випадок, який може бути визнано страховим випадком, у строк, передбачений цим Договором;

14.2.18. при неправдивому виклику або у випадку відсутності на місці Застрахованого при виклику лікаря або Швидкої допомоги, Застрахований сплачує послуги самостійно;

14.2.19. у випадку надання неправдивої інформації при організації медичних послуг або заповненні Декларації про стан здоров'я, Застрахований сплачує послуги самостійно;

14.2.20. у разі потреби одержання медичних послуг у лікувальному закладі, не передбаченому цим Договором, узгодити це із представником Страховика до одержання таких послуг;

14.2.21. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;

14.2.22. дотримуватись умов цього Договору.

#### 14.3. Страховик має право:

14.3.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованим) інформацію в Заяві – Анкеті, при укладанні цього Договору, щодо стану його здоров'я;

14.3.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;

14.3.3. відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати в разі порушення кримінального провадження за фактом подій, що призвели до страхового випадку із Страхувальником (Застрахованим), до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами, повідомивши про це Страхувальника (Застрахованого) протягом 5 (п'яти) робочих днів, але не більше ніж на строк 6 місяців;

14.3.4. протягом 3 (трьох) років з дня здійснення страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України;

14.3.5. перевіряти надану інформацію Страхувальником (Застрахованим) та вимагати для уточнення діагнозу додаткові медичні документи, а також направити Страхувальника (Застрахованого) до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

14.3.6. відмовити у страховій виплаті у випадках визначених цим Договором;

14.3.7. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати або її частини, якщо Страхувальником (Застрахованим) були отримані медичні послуги, які не передбачені цим Договором та Програмою страхування, або Страхувальником (Застрахованим) були отримані медичні послуги у закладах охорони здоров'я, не передбачених цим Договором без попереднього погодження із Медасистансом Страховика;

14.3.8. відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник (Застрахований) зазначив відомості, які впливають на оцінку ризиків, щодо страхування здоров'я Страхувальника (Застрахованого) в Заяві-Анкеті (Декларації про стан здоров'я), що не відповідають дійсності;

14.3.9. присвоювати класи/категорії Медичних закладів залежно від їх цінової та сервісної політики (Перелік медичних закладів кожного класу/категорії обслуговування міститься на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/drugiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html>);

14.3.10. у разі ліквідації лікувального 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 Застрахованому чи при виявленні фактів шахрайства з боку медичного закладу, Страховик має право змінювати перелік та клас лікувальних закладів в Переліку медичних закладів, що розміщений на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/drugiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html>, без повідомлення Страхувальника, а при значній зміні цін (більше ніж на 15% в порівнянні з цінами на момент укладання цього Договору) на послуги в лікувальному закладі, змінювати клас лікувальних закладів або виключати із списку закладів за Програмою страхування або, за погодженням зі Страхувальником, встановлювати обмеження (франшизи) на послуги такого закладу. За запитом Страхувальника, Страховик надається обґрунтування зміни класу лікувального закладу та актуальний Перелік медичних закладів;

14.3.11. достроково припинити дію цього Договору в порядку, передбаченому цим Договором;

14.3.12. контролювати діагностику та лікування Застрахованого щодо їх відповідності клінічним Протоколам та Стандартам надання медичної допомоги МОЗ, що базуються на принципах Доказової медицини;

14.3.13. У разі збільшення офіційного курсу долара США, встановленого НБУ по відношенню до гривні, на 20 (двадцять) або більше % (відсотків) від офіційного курсу долара США, встановленого НБУ на дату укладення Договору страхування, та за умови, що таке підвищення безперервно тримається 30 або більше календарних днів, Сторони домовились укласти додаткову угоду про збільшення страхової суми та страхового платежу пропорційно до збільшення курсу та доплату Страхувальником страхового платежу та (або) зміну інших умов страхування (введення та/або зміна лімітів відповідальності, розміру франшизи, виключення певних Медичних закладів з Переліку Страховика тощо).



Два екземпляри такої додаткової угоди, підписані представником Страховиком, направляються Страхувальнику та підписуються ним. Після підписання один екземпляр Страхувальник повертає Страховику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання Страхувальником від Страховика двох екземплярів додаткової угоди. Якщо Страхувальник відмовляється від запропонованих Страховиком нових умов страхування, а збитковість за Договором страхування становить 75 або більше відсотків, то Сторони дійшли згоди, що дія Договору страхування припиняється з 00 годин 00 хвилин 6 (шостого) робочого дня з дня отримання Страхувальником від Страховика двох екземплярів додаткової угоди щодо припинення дії Договору страхування. У цьому випадку Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії Договору страхування повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу, у розмірі 30% страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

Збитковість за Договором страхування визначається як співвідношення суми здійснених Застрахованим особам страхових виплат за період від дати початку дії Договору страхування до дати, що на 60 днів передує дати закінчення визначеного цим пунктом Договору страхування строку для укладення Сторонами додаткового договору (п'ятий робочий день з дня отримання Страхувальником від Страховика двох екземплярів додаткової угоди щодо змін умов Договору страхування), до загального заробленого страхового платежу за такий період.

Загальний зароблений страховий платіж за період від дати початку дії Договору страхування до дати, на яку розраховується збитковість за Договором, визначається як загальний страховий платіж за Договором страхування, помножений на кількість днів за період з дати початку дії Договору страхування до дати, на яку розраховується збитковість, та поділений на загальну кількість днів строку дії Договору.

14.3.14. відмовити у страховій виплаті у випадках невиконання Страхувальником (Застрахованим) обов'язків, передбачених пп. 14.2.1, 14.2.16, 14.2.17 Пропозиції та/або за наявності підстав, вказаних у Розділі 13 Пропозиції;

#### 14.4. Страховик зобов'язаний:

- 14.4.1. ознайомити Страхувальника (Застрахованого) з умовами цього Договору та Правилами страхування;
- 14.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 14.4.3. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;
- 14.4.4. не розголошувати відомості про Страхувальника (Застрахованого), щодо стану його здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 14.4.5. за заявою Страхувальника (Застрахованого), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страховий ризик, переукласти з ним Договір або укласти Додаткову угоду з врахуванням зміни ступеню страхового ризику;
- 14.4.6. у випадку звернення Страхувальника (Застрахованого) з приводу втрати примірника Договору протягом терміну його дії оформити та видати дублікат втраченого документу;
- 14.4.7. за заявою Страхувальника надати йому (надіслати електронною поштою) актуальний Перелік медичних закладів;
- 14.4.8. у випадках звернення Застрахованого з приводу втрати Полісу (Картки) Застрахованого, оформити та видати дублікат.

#### 14.5. Відповідальність Сторін:

- 14.5.1. За невиконання чи неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 14.5.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоечасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованому) пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.
- 14.5.3. Страхувальник несе майнову відповідальність за порушення строків сплати страхового платежу, шляхом сплати Страховику пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від розміру чергового страхового платежу, строк сплати якого настав, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.
- 14.5.4. Сторони домовилися, що в разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у виплаті страхового відшкодування та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхового відшкодування 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).

## 15. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 15.1. Всі зміни до цього Договору Сторони вносять за згодою Сторін та оформлюються у письмовій формі у вигляді Додаткової угоди до цього Договору, яка є його невід'ємною частиною. Сторони погодили, що зміни у Перелік медичних закладів, що розміщений на веб-сайті Страховика (<https://vuso.ua/publicnaja-oferta/drugiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html>), вносяться Страховиком в односторонньому порядку без згоди Страхувальника та без укладання письмової додаткової угоди. Актуальний Перелік медичних закладів на дату настання випадку розміщений на веб-

сайті Страховика <https://vuso.ua/publichnaja-oferta/drugiye-oferty-pamyatki-spravochniki.html>. Про клас/категорію Медичного закладу на дату настання події, що має ознаки страхового випадку Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованому) під час одержання ним послуг Страховика. На вимогу Страхувальника Страховик направляє Перелік медичних закладів з урахуванням змін.

- 15.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до запропонованого терміну внесення змін.
- 15.3. У випадку зменшення кількості Застрахованих Сторони перераховують суму загального страхового платежу;
- 15.4. У разі зменшення кількості Застрахованих (виключення Застрахованого) Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж, сплачений за страхування Застрахованого, що була виключена зі списку, за період, що залишився до кінця дії цього Договору щодо цього Застрахованого, з вирахуванням нормативу на ведення справи та страхових виплат (фактично сплачених та заявлених) здійснених по цьому Застрахованому;
- 15.5. Картка, раніше видана Застрахованому, щодо якої припиняється дія Договору, має бути повернута Страховику і після набуття чинності Додатковою угодою вважається анульованою і не може бути підставою для відшкодування вартості медичних послуг.
- 15.6. Якщо Договір помилково був укладений представником Страховика на користь однієї з осіб зазначених у п.13.2. Пропозиції, то з моменту встановлення цього факту, Договір припиняє свою дію в частині зобов'язань щодо цього Застрахованого, а страхові платежі внесені за цього Застрахованого в повному обсязі повертаються Страхувальнику за його письмовою заявою.
- 15.7. Якщо Договір був укладений на користь однієї з осіб зазначених у п.13.2. Пропозиції, та ця особа знала про стан свого здоров'я, але не сповістила Страховика, то цей Договір в частині зобов'язань Страховика щодо цього Застрахованого, з моменту встановлення Страховиком приховання інформації Застрахованим щодо стану свого здоров'я або настання страхового випадку через стан здоров'я Застрахованого, вказаного у п. 13.2. Пропозиції, достроково припиняє свою дію за вимогою Страховика. Сплачені за Договором страхові платежі у таких випадках повертаються на підставі письмової заяви Страхувальника.
- 15.8. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін в Договір, в 5-денний строк від дати одержання повідомлень про зміни вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.
- 15.9. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
  - 15.9.1. закінчення строку дії цього Договору;
  - 15.9.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованим) у повному обсязі;
  - 15.9.3. несплати Страхувальником (Застрахованим) страхових платежів у встановлені цим Договором строки.
  - 15.9.4. смерті Страхувальника (Застрахованого) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
  - 15.9.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 15.9.6. прийняття судового рішення про визначення цього Договору недійсним;
  - 15.9.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 15.10. Дію цього Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії цього Договору.
- 15.11. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі (також і у випадку одноразового внесення страхового платежу за весь рік страхування) за період, що залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактично здійснених страхових виплат. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 15.12. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, та фактично здійснених страхових виплат.
- 15.13. У разі припинення дії цього Договору в зв'язку з виконанням Страховиком взятих на себе зобов'язань у повному обсязі, страхові внески не повертаються.
- 15.14. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору.
- 15.15. По відношенню до одного Застрахованого дія Договору припиняється у випадку:
  - 15.15.1. смерті Застрахованого;
  - 15.15.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованим в повному обсязі.

## **16. ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ**

- 16.1. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» з укладанням цього Договору Страхувальник (Застрахований) надає свою згоду:
  - 16.1.1. на обробку Страховиком його персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею статутної фінансово-господарської діяльності;
  - 16.1.2. на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

- 16.1.3. Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;
- 16.1.4. зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
- 16.1.5. реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України.
- 16.1.6. надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика, передача персональних даних Страхувальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страхувальника.
- 16.1.7. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.
- 16.2. Страхувальник також підтверджує, що ним була отримана згода Застрахованих осіб на їх страхування на умовах цього Договору, на призначення фізичних осіб або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхових виплат та на право персоналу лікувальних закладів, які здійснювали обстеження та лікування Застрахованих осіб, повідомляти представникам Страховика (ПрАТ "СК «ВУСО») будь-яку інформацію про їх стан здоров'я та про всі захворювання, якими вони хворіли раніше або хворіють зараз або захворюють протягом строку дії Договору страхування. Страхувальник отримав згоду Застрахованих осіб на звільнення довірених лікарів Страховика, працівників медичних закладів від зобов'язань зберігати перед Страховиком медичну таємницю відносно всього, що стосується їхнього здоров'я або захворювання. Страхувальник отримав згоду Застрахованих осіб на обробку Страховиком, персональних даних Застрахованих осіб та на внесення персональних даних кожної із Застрахованих осіб до баз даних Страховика виключно з метою супроводження та виконання зобов'язань за Договором страхування. Страхувальник та Застраховані особи засвідчують, що ознайомлені зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України „Про захист персональних даних” №2297-VI від 01.06.2010 р.

## 17. ІНШІ УМОВИ

- 17.1. Всі суперечки між Сторонами вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства.
- 17.2. В разі виникнення будь-яких спірних питань щодо визнання чи невизнання Страховиком певного випадку страховим (віднесення того чи іншого захворювання до гострого чи хронічного, встановлення стадії загострення чи ремісії, вирішення питання щодо дотримання протоколів лікування, встановлення наявності обставин, що є виключеннями зі страхових випадків тощо) можуть залучатись незалежні медичні експерти за рахунок сторони, що ініціює залучення такого експерта.
- 17.3. Договір укладено відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №02-02 від 25.12.2007 р. (далі – Правила страхування), повний текст яких оприлюднено на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/ru/pages/straniczyi/pravila-straxovaniya.html>
- 17.4. 8.3. Приймаючи умови зазначеної Пропозиції та підписанням Полісу Страхувальник підтверджує та визнає, що: він сам та Застраховані особи ознайомлені з умовами страхування та Правилами страхування, за якими здійснюється страхування за Договором; до укладання Договору на виконання вимог частини 2 статті 12 Закону України “Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг” Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією необхідною інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені законом, зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://vuso.ua/>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою; Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування; Страхувальник обрав спосіб ознайомлення та надання: самостійно на власному веб-сайті Страховика <https://vuso.ua> ; Страхувальник отримав згоду Застрахованих осіб на укладення Договору щодо них.
- 17.5. Ця Пропозиція дійсна з **«15» вересня 2023 року** та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування щодо конкретного Застрахованого зазначається в Полісі (індивідуальних умовах Договору).

## 18. ДОДАТКИ ДО ПРОПОЗИЦІЇ

- 18.1. Додаток 1 «Програми страхування»;
- 18.2. Додаток 2 Заява-Анкета (Декларація про стан здоров'я) Застрахованої особи (складається на вимогу Страховика).

Голова Правління ПрАТ СК «ВУСО»  
А.В. Артюхов

