



Затверджено Рішенням Правління  
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»  
від «26» червня 2024 року № 85/2024

введено в дію Наказом Голови Правління  
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»  
від «24» червня 2024 року № 71

## ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»

Ці Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» (далі – Умови) розроблені та впроваджені на підставі Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів медичного страхування, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 24.06.2024 р. № 85/2024 та Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 18.04.2024 р. № 47/2024.

### 1. ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. *Асистуюча компанія* – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування.

1.2. *Вигодонабувач* – особа, що призначається Страхувальником згідно з умовами договору страхування для отримання страхової виплати, і стосовно якої у Страхувальника є наявний страховий інтерес.

1.3. *Гостре захворювання* – несподіване, різке погіршення стану здоров'я, яке потребує надання медичної допомоги, і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до загрози життю.

1.4. *Договір страхування (або Договір)* – Договір медичного страхування, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до цих Умов;

1.5. *Загострення хронічного захворювання* – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до настання періоду ремісії. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу) або до виникнення загрози життю.

1.6. *Застрахована особа* – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування на власну користь, одночасно є Застрахованою особою;

1.7. *Медична допомога (МД)* – це:

- медична допомога/послуга – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Є результатом професійної діяльності медичних працівників, яка має вартісну оцінку і спрямована на задоволення потреб Застрахованої особи для охорони її здоров'я поза межами бюджетного фінансування;

- медичне обслуговування – діяльність суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою / послугою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

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

1.9. **Екстрена (невідкладна) медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

1.10. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

1.11. **Сторони Договору страхування** – Страховик та Страхувальник;

1.12. **Страхова виплата** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування;

1.13. **Страхова премія** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування;

1.14. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені обсяги зобов'язань (ліміти зобов'язань) Страховика за окремим страховим випадком, опцією в межах страхового випадку або по групі страхових випадків.

1.15. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування;

1.16. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування;

1.17. **Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання;

1.18. **Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття;

1.19. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна»;

1.20. **Страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування;

1.21. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов Договору страхування;

1.22. **Тарифна політика** – складова частина Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів медичного страхування, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 24.06.2023 р. № 85/2024.

1.23. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи.

1.24. **Хронічне захворювання** – це захворювання, що має затяжний перебіг або повільний розвиток. При хронічному захворюванні патологічні зміни (морфологічні зміни та/або функціональні розлади) тканин та органів присутні завжди, як в період загострення, так і в період ремісії. Хронічне захворювання характеризується періодами загострення та періодами затухання хвороби (ремісією);

1.25. **Часова франшиза** – період часу, що починається з дати укладення Договору страхування, протягом якого Страховик не несе зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою). Події, які відбулися в період часової франшизи не розглядаються Страховиком;

1.26. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі страхування, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

## 2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування є - життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, зазначеної у Договорі страхування;

2.2. Страхові ризики:

2.2.1. Гостре захворювання;

2.2.2. Загострення хронічного захворювання;

2.2.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

2.3. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.2.1.-2.2.3. цих Умов, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування або шляхом оплати їх вартості.

2.3.1. Умовами Договору страхування може бути передбачено відшкодування Страховиком витрат, пов'язаних із настанням страхового випадку із Застрахованою особою, та/або спрямованих на запобігання настанню страхового випадку.

#### 2.4. Страхова сума. Страховий тариф. Страхова премія. Ліміти відшкодування. Франшиза.

2.4.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладення Договору страхування.

2.4.2. Страхова сума може встановлюватися щодо окремої Застрахованої особи та/або за окремим страховим випадком та/або групою страхових випадків.

2.4.3. В межах страхової суми в Договорі страхування можуть встановлюватися Ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.

2.4.4. Страховий тариф визначається за згодою Страховика та Страхувальника в Договорі страхування, відповідно до Тарифної політики. Відповідно до п.п. 139, 156 та 165 Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, є відсутність обов'язку визначення страхового тарифу в Договорі страхування, на підставі чого цими Загальними умовами страхового продукту допускається укладення Договорів страхування без зазначення страхового тарифу.

2.4.5. Страхова премія за Договором страхування визначається шляхом помноження страхової суми та страхового тарифу та зазначається у Договорі страхування.

2.4.6. Порядок та строки сплати страхової премії визначаються Сторонами у Договорі страхування.

2.4.7. Згідно з цими Умовами можливе застосування безумовної франшизи, яка встановлюється у відсотках від страхової суми (страхової виплати) чи в абсолютному розмірі, та часової франшизи, відповідно до Тарифної політики.

2.4.8. Розмір франшизи визначається Сторонами у Договорі страхування.

#### 2.5. Строк страхового покриття

2.5.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

2.5.2. Якщо договором страхування не передбачено інше, Договір страхування набирає чинності з 0 годин (за київським часом) дня, наступного за днем укладення Договору та/або сплати страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами), та закінчується о 24 годині (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

2.5.3. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договором страхування.

2.5.4. Дія Договору страхування закінчується не раніше дати закінчення дії страхового захисту щодо всіх об'єктів страхування, зазначених у такому Договорі страхування.

2.5.5. Якщо інше не передбачено Договором страхування, страховий захист щодо Застрахованої особи діє протягом усього строку дії Договору страхування, окрім випадків зупинення дії страхового покриття (зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату в разі настання страхового випадку) через несплату Страхувальником чергової частини страхової премії (при сплаті Страхувальником страхової премії частинами) щодо такої Застрахованої особи в обов'язі та строки, встановлені Договором страхування:

2.5.5.1. якщо друга чи наступна частини страхової премії щодо Застрахованої особи не надійшли в строки, визначені Договором страхування як строк сплати частини страхової премії,

дія страхового покриття за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи зупиняється по всіх випадках після завершення 24 години (за київським часом) дня, до якого Страхувальник має сплатити частину страхової премії згідно з умовами Договору страхування.

2.5.5.2. у разі сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії, страхове покриття щодо такої Застрахованої особи поновлює дію з 00 год 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.

2.5.6. З моменту зупинення дії страхового покриття та до моменту відновлення дії страхового покриття, згідно з п.п. 2.5.5.1. – 2.5.5.2. цих Умов, страховий захист щодо Застрахованої особи за Договором страхування не діє, і Страховик не несе зобов'язань щодо виплати страхового відшкодування/здійснення страхових виплат за подіями, що сталися у період зупинення дії страхового покриття за Договором страхування. При цьому, строк дії Договору страхування не змінюється.

2.5.7. Договором страхування можуть бути передбачені часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування (періоди страхування) в межах загального строку дії Договору.

## 2.6. Територія страхового покриття

2.6.1. Страхове покриття діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах території, яка зазначена Сторонами в Договорі страхування.

2.6.2. Не зважаючи на умови Договору страхування, страхове покриття не поширюється на територію/район воєнних або бойових дій, а також на територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України, територію/зону проведення антитерористичної операції, територію/зону проведення операції об'єднаних сил, зону воєнних або збройних конфліктів.

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

### 3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. до укладання Договору страхування отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору страхування, інформацію про Страховика, страхового посередника (якщо Договір страхування укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України;

3.1.2. у випадку втрати примірника Договору страхування отримати у Страховика дублікат Договору (якщо Договір укладався в паперовій формі) страхування або його копію;

3.1.3. при настанні страхового випадку одержати страхове відшкодування/страхову виплату в порядку та на умовах передбачених Договором страхування;

3.1.4. при укладанні Договору страхування призначити Застрахованих осіб, Вигодонабувача, а також, якщо інше не передбачено Договором страхування, змінити їх до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування;

3.1.5. отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору страхування;

3.1.6. припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому Договором страхування;

3.1.7. реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

### 3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків/шкоди), та/або надати йому іншу інформацію (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування.

3.2.2. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі страхування).

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

3.2.4. ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати);

3.2.5. протягом дії Договору страхування в письмовій формі повідомляти Страховика у строки встановлені Договором про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків/шкоди), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;

3.2.6. виконувати рекомендації Страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику, а також самостійно вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.2.7. повідомити Страховика та Вигодонабувача про інші діючі договори страхування відносно об'єкта страхування;

3.2.8. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

### **3.3. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:**

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

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

3.3.3. виконувати інструкції Страховика, компетентних органів або їх уповноважених представників та надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

3.3.4. виконувати вказівки Асистуючої компанії та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням медичних послуг, передбачених Договором страхування;

3.3.5. дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку закладу охорони здоров'я, в якому їй надається допомога;

3.3.6. сприяти Страховику або його представнику у розслідуванні причин та обставин випадку, який має ознаки страхового. Укладанням даного Договору страхування Застрахована особа надає згоду на розголошення зокрема та не виключно лікарської таємниці, адвокатської таємниці та інших видів таємниць такими особами (лікар, адвокат, та ін особи), якщо таким відома інформацію, яка пов'язана із настанням випадку, що має ознаки страхового Страховику або Асистуючій компанії;

3.3.7. надати право вільного доступу лікарів та експертів, що діють від імені Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;

3.3.8. надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків;

3.3.9. на вимогу Страховика надати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також, за направленням Страховика звернутися до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану здоров'я;

3.3.10. вживати заходів для забезпечення страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;

3.3.11. повернути страхову виплати (або відповідну її частину) у разі встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково звільняють/позбавляють Страхувальника або Застраховану особу (чи Вигодонабувача) права отримати таку страхову виплату;

3.3.12. обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника/ Застраховану особу (або Вигодонабувача у разі призначення).

3.3.13. надати документи для проведення його ідентифікації та верифікації, у випадках передбачених законодавством України

3.3.14. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

#### **3.4. *Страховик має право:***

3.4.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником, а також виконання ним вимог та умов Договору страхування;

3.4.2. з'ясувати причини, обставини і наслідки страхового випадку, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

3.4.3. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України;

3.4.4. відмовити у страховій виплаті, відстрочити страхову виплату у випадках, передбачених цим Договором або законодавством України;

3.4.5. відкласти прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті або здійснення страхової виплати, повідомивши про це Страхувальника/Застраховану особу у письмовій формі, у випадку, коли:

3.4.5.1. не повністю з'ясовані обставини випадку або обставини, які підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи або іншої особи на страхову виплату, - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 90 календарних днів з дати отримання останнього документу від Страхувальника/Застрахованої особи;

3.4.5.2. Страхувальника/Застраховану особу повідомлено про підозру у вчиненні ним/нею злочину, що має безпосереднє відношення до страхового випадку - до закінчення досудового розслідування;

3.4.6. достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором страхування;

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

3.4.8. вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи (чи Вигодонабувача) повернення страхової виплати (або відповідної його частини) за наявності встановлення

Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково звільняють позбавляють Страхувальника або Застрахованої особи (чи Вигодонабувача) права отримати таку страхову виплату.

3.4.9. використовувати записи телефонних розмов із Страхувальником/Застрахованою особою (їхніми представниками);

3.4.10. реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

### **3.5. Страховик зобов'язаний:**

3.5.1. до укладення Договору страхування на підставі отриманої інформації від клієнта (Страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні;

3.5.2. перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про Страховика у обсязі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору страхування або про відмову від укладання Договору страхування;

3.5.3. встановити факт, причини та обставини події, що яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування;

3.5.4. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування/страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору страхування;

3.5.5. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача у строки визначені Договором страхування з обґрунтуванням причин відмови;

3.5.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

3.5.7. здійснювати ідентифікацію та верифікацію Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача, у випадках передбачених законодавством України;

3.5.8. відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання договору у разі:

3.5.8.1. якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації клієнта, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим або якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що клієнт виступає від власного імені;

3.5.8.2. встановлення клієнту неприйнятно високого ризику або ненадання клієнтом необхідних для здійснення належної перевірки клієнта документів чи відомостей;

3.5.8.3. подання клієнтом чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

3.5.8.4. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої укладається договір страхування, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або Вигодонабувача за договором страхування є неможливим

3.5.9. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

3.6. За невиконання та/або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

3.7. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування Страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому Договором страхування.

3.8. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором страхування і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором страхування, якщо надання послуги поставить Страховика під загрозу застосування будь-яких санкцій, заборон чи обмежень Організації Об'єднаних Націй або торгових чи економічних санкцій, закону і правил Європейського Союзу, Сполученого Королівства та Сполучених Штатів Америки.

3.9. Сторона Договору страхування звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору страхування під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.

#### 4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

##### **4.1. Страховий захист не діє стосовно осіб, які:**

- 4.1.1. утримуються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах;
- 4.1.2. знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;
- 4.1.3. знаходяться на обліку в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;

##### **4.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, страховий захист не діє стосовно осіб, які:**

4.2.1. проходять строкову військову службу згідно з законодавством України у Збройних Силах України та інших військових формуваннях;

4.2.2. страждають на наступні захворювання, або якщо такі захворювання діагностувалися раніше:

- туберкульоз легень та позалегеновий туберкульоз;
- саркоїдоз, муковісцидоз;
- онкологічні захворювання (злоякісні новоутворення) будь-якої локалізації, в тому числі злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їх тканин (лейкози, лімфогранульоматоз, лімфоми, міеломи та інші);
- доброякісні новоутворення центральної нервової системи (головного та/або спинного мозку);
- тяжкі захворювання нервової системи: демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи (розсіяний склероз та інші); епілепсія, гідроцефалія, церебральний параліч та інші паралітичні синдроми (геміплегія, параплегія та тетраплегія); системні атрофії, що уражають переважно центральну нервову систему (хвороба Гентінгтона, спадкова атаксія, спінальна м'язова атрофія та споріднені синдроми);
- системні захворювання сполучної тканини (поліартеріїт вузликівий та споріднені стани, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, системний склероз);
- хронічна ниркова недостатність, що вимагає проведення гемодіалізу;
- цироз печінки будь-якої етіології;
- емфізема;
- глибокі мікози шкіри та внутрішніх органів;
- імунодефіцити (уроджені та набуті), в тому числі ВІЛ (СНІД);
- психічні розлади (F00-F99 за Десятим переглядом Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ – 10);

- тяжкі травми та/або захворювання (некомпенсована форма) центральної та/або периферичної нервової системи (G00-G99 за МКХ -10);

- алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

**4.3. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплату медичних та інших послуг у зв'язку з:**

4.3.1. будь-якою діагностикою (в тому числі уточнюючої), лікуванням (в тому числі, призначення схем лікування) та корекцією наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

4.3.1.1. чоловічої/жіночої безплідності, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій;

4.3.1.2. класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ;

4.3.1.3. інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиломи, контагіозний моллюск;

4.3.1.4. папіломавірусних інфекцій, ТОРЧ-інфекцій (токсоплазмозу, цитомегаловірусу, вірусу краснухи, вірусу герпесу), вірусу Епштейн-Барра. Дія даного пункту не розповсюджується на діагностику та лікування гострих типових форм - вірусна віспа, краснуха, кір, інфекційний моноклеоз, оперізуючий лишай);

4.3.1.5. запальних захворювань сечостатевих органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в п.п. 4.3.1.2. – 4.3.1.4. цих Умов, до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведене лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;

4.3.1.6. пов'язаних з порушеннями обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну та інші);

4.3.1.7. вроджених аномалій, вад розвитку, спадкових захворювань (генних, геномних, хромосомних); захворювань перинатального періоду та їх наслідків, окрім випадків передбачених опцією "Патронаж дитини";

4.3.1.8. короткозорості (міопії), далекозорості (гіперметропії), астигматизму, катаракти, глаукоми, «комп'ютерного зорового синдрому», синдрому «сухості очей», інших порушень функції зору; халязіон, (окрім випадків запалення); птеригіуму, пінгвекули;

4.3.1.9. психічних захворювань, депресивних станів, психологічних проблем, порушень мови, алкогольної, тютюнової та іншої залежності, абстинентного синдрому, детоксикаційної терапії, неврозів, неврастенії, синдрому хронічної втоми, порушення сну;

4.3.1.10. які стали наслідком навмисного заподіяння своєму здоров'ю шкоди чи тілесних пошкоджень;

4.3.1.11. травм, отриманих внаслідок військових дій, Застрахованими особами, які є військовослужбовцями Збройних сил України, добровольцями Сил територіальної оборони, або в іншому статусі приймають участь у бойових діях, воєнних чи військових конфліктах (навіть якщо війну офіційно не було оголошено);

4.3.1.12. розладів здоров'я, що настали внаслідок та/або пов'язані з тероризмом, громадськими заворушеннями, страйками;

4.3.1.13. вірусного імунодефіциту людини (ВІЛ), в тому числі Синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням, інших імунодефіцитних станів;

4.3.1.14. глисних та протозойних інвазій;

4.3.1.15. функціональних порушень (синдрому подразненого кишківника, диспанкреатизму, дискінезії жовчовивідних шляхів, дисбактеріозу, дисбіозу, диспепсії, функціональних закрепів та інші) у Застрахованих осіб віком старше 16 років, крім випадків наявності симптомів захворювання, курсом лікування до 14 днів;

4.3.1.16. професійних хвороб, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);

4.3.1.17. які стали причиною встановлення групи інвалідності Застрахованій особі, у випадку встановлення групи інвалідності до початку укладання Договору страхування;

4.3.1.18. променевої та кесонної хвороб;

4.3.1.19. особливо небезпечних інфекцій (відповідно до переліку, затвердженого діючим наказом МОЗ України, та визначень ВООЗ), їх ускладнень та наслідків;

4.3.1.20. хронічних хвороб в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій, або таких, які за характером перебігу не мають вираженої стадій загострення та ремісії;

4.3.1.21. імунної системи;

4.3.1.22. доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ушкодження, запалення);

4.3.1.23. шкіри та придатків шкіри (а саме псоріаз, екзема, вітіліго, мікози, atopічний дерматит, ламкість та випадіння волосся, себорея будь-якого типу, вугровий висип, розацеа, демодекоз); короста; педикульоз; порушення потовиділення;

4.3.1.24. стоматологічних;

4.3.1.25. інфекцій, з приводу яких урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемію (за виключенням ГРВІ та сезонного грипу);

4.3.1.26. проведення косметичних, пластичних та реконструктивних операцій (у т.ч. планової герніопластики, ринопластики) та планових операцій на серці та судинах.

4.3.2. уточнюючою діагностикою (для визначення етіології, стадії, методу лікування) після встановлення остаточного діагнозу, лікування та корекції наступних захворювань та станів:

4.3.2.1. Аутоімунних захворювань, ревматизму, системних захворювань сполучної тканини (вузликосий периартеріт та споріднені стани, інші некротизуючі васкулопатії, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, склеродермія, інші системні ураження сполучної тканини (синдром Шегрена, змішане захворювання сполучної тканини хвороба Бехчета та інші.), серонегативних спондилоартритів;

4.3.2.2. криптогенного гепатиту, вірусних гепатитів С, D, E, мікс-гепатитів, хронічної печінкової недостатності, стеатозу печінки;

4.3.2.3. злоякісних новоутворень, в тому числі захворювань крові та кровотворних органів;

4.3.2.4. доброякісних новоутворень будь-якої локалізації;

4.3.2.5. кістозних утворень будь-яких органів, гіперплазії ендометрію, ендометріозу, мастопатії будь-якої форми, ектропіону, лейкоплакії;

4.3.2.6. хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, туберкульозу, цирозу печінки, захворювань щитоподібної залози;

4.3.2.7. гематологічних захворювань, пов'язаних з порушенням функції кровотворних органів; анемії будь-якого генезу, окрім постгеморагічної анемії та анемії тяжкого ступеню (Hb менше 50);

4.3.2.8. демієлінізуючих захворювань нервової системи;

4.3.2.9. кардіоміопатій;

4.3.2.10. астми;

4.3.2.11. хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність, варикозне розширення вен, інші), окрім гострих станів;

4.3.2.12. захворювань суглобів кінцівок (в тому числі їх наслідків): дегенеративних захворювань, артрозів, нестабільності суглобів, проведення планового лікування (в тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст. Терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення;

4.3.3. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати наступних медичних послуг:

4.3.3.1. направлених на штучне запліднення, стерилізацію, процедури запобігання вагітності, проведення тестів на вагітність (окрім проведення тестів в стаціонарних умовах за медичними показаннями), придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);

4.3.3.2. пов'язаних з веденням вагітності, пологів (за винятком невідкладної медичної допомоги до 7-го (сьомого) місяця вагітності);

4.3.3.3. проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);

4.3.3.4. альтернативних консультацій, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного закладу охорони здоров'я в інший без медичних обґрунтувань;

4.3.3.5. визначення схем лікування по захворюванням, які віднесені до списку винятків для Застрахованих осіб;

4.3.3.6. будь-яких планових медичних послуг та медикаментозного забезпечення, якщо лікування було заплановано до початку дії Договору страхування;

4.3.3.7. реабілітаційного лікування, окрім випадків необхідної реабілітації в цілодобовому стаціонарі після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять календарних) днів;

4.3.3.8. лікування станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 календарних днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.); застосування препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо);

4.3.3.9. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини (гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, діагностика по Фолю, рефлексотерапія, біологічні домішки, гірудотерапія, склеротерапія, озонотерапія, киснетерапія та інше);

4.3.3.10. консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом (дані послуги можуть бути надані за рішенням Асистуючої компанії/Страховика в кожному конкретному випадку, переважно для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом);

4.3.3.11. перебування та харчування батьків в цілодобовому стаціонарі з дитиною, що є Застрахованою особою за Договором страхування, вік якої на момент госпіталізації складає шість повних років та старше;

4.3.3.12. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;

4.3.3.13. послуг косметолога, сурдолога, подолога, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, гомеопата;

- 4.3.3.14. застосування косметологічних препаратів та процедур;
- 4.3.3.15. будь-яких косметичних, пластичних операцій (в тому числі пластика носової перетинки, планова герніопластика), крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями, або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні;
- 4.3.3.16. оперативних втручань не за медичними показаннями;
- 4.3.3.17. трансплантації органів та тканин, окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошук та доставка органів для трансплантації; придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів; будь-яке протезування (в тому числі ендопротезування суглобів), операції на серці, та лікування ускладнень, пов'язаних з ними;
- 4.3.3.18. екстракорпоральних методів лікування: плазмозорез, плазмасорбція, аутогемотерапія, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитозорез та інших;
- 4.3.3.19. транспортування в заклад охорони здоров'я при організації медичної допомоги в плановому порядку та при невідкладній стоматологічній допомозі;
- 4.3.3.20. транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної допомоги;
- 4.3.3.21. надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів міліції, довідок в басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);
- 4.3.3.22. діагностики алергії, в тому числі проведення алергопроб;
- 4.3.3.23. оперативних втручань на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);
- 4.3.3.24. будь-яких стоматологічних послуг;
- 4.3.3.25. які були отримані без погодження з Асистуючою компанією та/або Страховиком в закладах охорони здоров'я, з якими Асистуюча компанія не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;
- 4.3.3.26. які були призначені лікарем більше ніж 30 діб тому;
- 4.3.3.27. планового лікування захворювань, наявність яких підтверджена Застрахованою особою відміткою в декларації про стан здоров'я (якщо таку інформацію Страховик запитував при укладанні Договору), протягом двох місяців з дати початку дії Договору;
- 4.3.3.28. оперативного лікування геморою, окрім тромбоектомії при гострому тромбозі гемороїдальних вузлів та лігування латексними кільцями при кровотечі;
- 4.3.3.29. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах;
- 4.3.4. призначенням Застрахованій особі медичних препаратів та засобів:
  - 4.3.4.1. медичних препаратів, придбаних за межами аптечної мережі України та/або не зареєстрованих в Україні як лікарські засоби (біологічно-активні харчові домішки та інші);
  - 4.3.4.2. засобів особистої гігієни, косметичними засобів (косметичні креми, лосьйони); лікарських форм (лосьйони, шампуні) та препаратів (зинерит, нізорал, еберсепт, дермазол, фрідерм та інші) для профілактики та лікування захворювань шкіри;
  - 4.3.4.3. медичного обладнання та інструментарію (окрім одноразового застосування, в кількості, необхідній для проведення медичних маніпуляцій, оперативних втручань), допоміжних засобів медичного користування, в тому числі бандажів, милиць, конструкцій для остеосинтезу (в т.ч. тих, що самостійно розчиняються), небулайзерів;

- 4.3.4.4. медичного устаткування, що замінює та/або корегує функцію уражених органів;
  - 4.3.4.5. апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), тестів на вагітність;
  - 4.3.4.6. засобів догляду: сечо- та калоприймачі, підгузки, одноразовий одяг, одноразові серветки, простирадла, інших;
  - 4.3.4.7. полівітамінних комплексів з мінералами;
  - 4.3.4.8. імуномодуляторів (ІРС-19, рибомуніл, імудон, імунал та інші), імунодепресантами (азатіопрін, циклофосфан) та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему;
  - 4.3.4.9. гормональних медичних препаратів, якщо вони призначені як замісна та/або довготривала (більше 30-ти днів) протизапальна терапія; препаратів-аналогів гонадотропін-релізінг-гормону (золадекс, диферелін та ін.);
  - 4.3.4.10. гіполіпідемічних препаратів, окрім гострого інфаркту міокарда;
  - 4.3.4.11. стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель Герц та інші);
  - 4.3.4.12. вакцин, сироваток, антитіл, антигенів, діагностичних реактивів.
- 4.4. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати послуг за випадками, що є наслідками:
- 4.4.1. застосованих методів лікування, не призначених лікарем (самолікування), наслідків самолікування, а також витрат з лікування розладів здоров'я ЗО особою, яка не має відповідної медичної освіти та/або дозволу (ліцензії) на здійснення медичної практики;
  - 4.4.2. будь-яких вроджених чи набутих вад чи дефектів (аномалій);
  - 4.4.3. вживання Застрахованою особою алкоголю, токсичних речовин, наркотичних препаратів (лікування абстинентного синдрому алкогольного, токсичного чи наркотичного генеза);
  - 4.4.4. спроби самогубства Застрахованої особи, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що офіційно підтверджено відповідними компетентними органами;
  - 4.4.5. навмисного заподіяння Застрахованою особою своєму здоров'ю шкоди (в тому числі відмовою від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотриманням призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму тощо) чи тілесних пошкоджень;
  - 4.4.6. вчинення Застрахованою особою навмисного злочину та/або участі у протиправних діях;
  - 4.4.7. війни, незалежно від того оголошена війна чи ні, загрози війни, військових дій, збройного конфлікту або серйозної погрози такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, дією суспільного ворога, вторгненням, дією іноземного ворога, введенням воєнного або надзвичайного стану, загальною або частковою мобілізацією (незалежно від способу її проведення), введенням комендантської години, збуреннями, актами тероризму, диверсіями, піратством, безладами, блокадами, революцією, заколотами, повстаннями, масовими заворушеннями, громадськими демонстраціями, страйками, захопленням підприємств, реквізицією, арештами тощо;
  - 4.4.8. моральної шкоди, неустойки (штрафів, пені), упущеної вигоди тощо;
  - 4.4.9. сплати внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній;
- 4.5. Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається Сторонами у Договорі страхування.

4.6. Обсяг страхового покриття, перелік винятків зі страхових випадків та обмеження страхування можуть бути уточнені (конкретизовані) за домовленістю Сторін.

## 5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик укладає Договір страхування на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування за класом страхування 2: «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування.

5.2. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

5.3. Договір страхування може укладатися із поданням Страхувальником заяви на страхування, в якій зазначається перелік обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику при укладенні Договору страхування.

5.4. Страхувальник перед укладенням Договору страхування (в тому числі у заяві на страхування, якщо Договір страхування укладається на підставі такої заяви) зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за договором страхування, а саме:

- відомості про Застраховану особу та/або Страхувальника (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження);
- інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування, включаючи наявність такого інтересу у вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування);
- інформація про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;
- наявність або відсутність захворювань у Застрахованій особі, що є обмеженням страхування та виключенням із страхових випадків;
- наявність станів або хвороб у Застрахованій особі, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

5.5. Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування, має бути повною, достовірною та актуальною на дату укладання Договору страхування.

5.6. При укладенні договору страхування Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи.

5.7. На вимогу Страховика Страхувальник має надати Страховику документи з метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

5.8. У разі зазначення у Договорі страхування Застрахованої особи (та/або Вигодонабувача,) стосовно якої Страхувальник здійснює страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку Застраховану особу (та/або Вигодонабувача) про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така Застрахована особа (Вигодонабувач) протягом 5 (п'яти) календарних

днів не повідомить Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь (якщо Договором страхування не передбачено інше).

5.9. Якщо умовами Договору страхування на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за таким Договором, Страховик повинен отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи.

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

1) Договорів страхування щодо Застрахованої особи, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.

5.11. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика заявою у письмовій (електронній) формі та вказує банківські реквізити, на які Страховик має повернути сплачену Страхувальником страхову премію за таким Договором страхування.

5.12. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п. 5.10. цих Умов, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 робочих днів після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

## 6. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

6.1. Внесення змін та доповнень до Договору страхування можливе лише за взаємною письмовою згодою Страховика, Страхувальника, що оформлюється додатковим договором та є невід'ємною складовою частиною Договору страхування.

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

1) закінчення строку дії Договору страхування;

2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/ Застрахованою особою (або Вигодонабувачем) у повному обсязі;

3) несплати Страхувальником чергової (крім першої) частини страхової премії в повному обсязі у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії.

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

5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

7) в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

6.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

6.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

6.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в розмірі до 60 %, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

6.6. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

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

6.8. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування в розмірі до 60 %, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

6.9. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору страхування виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку) Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому 6.8. цих Умов

6.10. Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії Договору, якщо інше письмово не погоджено між Сторонами Договору страхування.

6.11. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія сплачувалася у безготівковій формі.

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

7.1. При виникненні події, що в подальшому може бути кваліфікована Страховиком як страховий випадок, Застрахована особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження, відразу після настання страхового випадку, але не пізніше 3 (Трьох) робочих днів (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо), звернутися до Страховика за номером телефону, що зазначений у Договорі страхування /Посвідченні Застрахованої особи (сертифікати, полісі, свідоцтві, пластиковій картці), повідомити про подію та отримати інформацію щодо подальших дій.

При зверненні до Страховика, Застрахованій особі необхідно надати лікарю-координатору Страховика / Асистуючій компанії наступну інформацію:

- прізвище, ім'я та по батькові;
- номер Договору страхування або Посвідчення Застрахованої особи (сертифікату, полісу, свідоцтва, пластикової картки тощо);
- місце роботи Застрахованої особи;
- причину звернення (детальний опис події);
- контактний телефон, місцезнаходження.

Вищевказане повідомлення може також здійснюватися у письмовій (електронній) формі, засобами електронного зв'язку (електронною поштою, через месенджери Viber, WhatsApp, Telegram ), через мобільні додатки або сайт Страховика.

7.2. Страховик/Асистуюча компанія проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає консультації, організовує консультацію у лікаря (в тому числі і будь-якими засобами зв'язку) та,

у разі необхідності, направляє Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я з якими працює асистуюча компанія, якщо інше не передбачено Договором страхування, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Страховика/ Асистуючої компанії.

7.3. Медична допомога (медичні послуги) за Договором страхування надаються Застрахованій особі при наявності та пред'явленні документу, що посвідчує особу.

7.4. Якщо умовами Договору страхування передбачена франшиза, Застрахована особа повинна оплатити частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У виключних випадках (коли заклад охорони здоров'я не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи), Страховик має право вимагати від Застрахованої особи повної оплати вартості медичних послуг, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Асистуючою компанією до надання таких послуг.

7.5. Застрахована особа в екстрених випадках має право самостійно (без попереднього повідомлення та узгодження зі Страховиком /Асистуючою компанією звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги в будь-який заклад охорони здоров'я з правом подальшого отримання страхової виплати лише у випадках надання екстреної медичної допомоги (при станах, які загрожують життю). Факт надання екстреної медичної допомоги повинен бути зафіксований у відповідній медичній документації.

В такому випадку, повідомлення про передається Страховику у відповідності до умов Договору не пізніше 3 (Трьох) робочих днів з моменту отримання екстреної медичної допомоги або відразу, як тільки це стане можливим. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками закладу охорони здоров'я тощо.

7.6. У випадку відсутності в місці перебування Застрахованої особи закладів охорони здоров'я, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги, про що вона попереджає Страховика/ Асистуючу компанію за телефоном бо іншим зручним засобом зв'язку. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи на умовах, визначених Договором страхування.

7.7. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника/ Застраховану особу (або Вигодонабувача у разі призначення).

## 8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ЗБИТКІВ

8.1. За умови організації послуг Асистуючою компанією Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів через Асистуючу компанію, закладам охорони здоров'я, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі відповідно до умов Договору страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання Застрахованою особою послуг та визначають їх вартість. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається відповідно до укладених договорів між Асистуючою компанією та закладом охорони здоров'я, який обслуговує Застраховану особу.

8.2. У випадках, коли Застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги відповідно до умов Договору страхування (якщо це передбачено Договором страхування та/або погоджено з Асистуючою компанією) Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі (або Вигодонабувачу) на підставі наступних документів:

8.2.1. заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);

8.2.2. копії паспорта громадянина України виготовленого у вигляді паперової книжечки (1,2 сторінки та сторінка з інформацією про постійне місце проживання громадянина) або копії паспорта громадянина України з безконтактним носієм у формі ID-картки особи, що отримує страхову виплату;

8.2.3. копії довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ПН), особи, що отримує страхову виплату);

8.2.4. У разі самостійного звернення в заклади охорони здоров'я, додатково до вищезазначених документів, надається:

8.2.4.1. касовий (фіскальний) чек та товарний чек або квитанція про сплату (прибутково-касовий ордер) з переліком і вартістю наданої медичної послуги (актом виконаних робіт (наданих послуг), печаткою закладу охорони здоров'я із зазначенням ПІБ та підписом особи, що видала вищезазначені документи (крім касового чека). При зверненні до спеціаліста (фізичної особи – підприємця) – витяг або виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань, копія ліцензії на медичну практику (якщо діяльність вимагає ліцензії), копія свідоцтва платника податку (за наявності), витяг з преїскуранту;

8.2.4.2. консультативний висновок, копія або витяг з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування), що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг (з підписом та печаткою лікаря).

8.2.5. у випадку придбання медикаментів в аптеках, додатково до вищезазначених документів, надається:

8.2.5.1. касовий (фіскальний) чек;

8.2.5.2. товарний чек із зазначенням прізвища Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи або штампом "Оплачено", ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек;

8.2.5.3. рецепт на медикаменти та/або засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, прізвище пацієнта, печатку, ПІБ та підпис лікаря, що виписав рецепт;

8.2.5.4. консультативний висновок, копії або витяги з амбулаторної карти або з історії хвороби (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу), що підтверджують необхідність придбання відповідних медикаментів та/або засобів медичного призначення.

8.2.6. у випадку отримання страхової виплати спадкоємцем, додатково надаються: копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи та нотаріально засвідчена копію свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із зазначенням частки страхових виплат.

8.3. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірени. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів

та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.

8.4. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

8.5. Конкретний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди а також форма, спосіб та порядок подання таких документів визначається Сторонами у Договорі страхування.

## 9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. Страхова виплата визначається на підставі документів, що встановлюють вартість фактично наданої медичної допомоги, передбаченої Договором страхування. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсягу зобов'язань Страховика, визначених у Додатку 1, та розміру прямого збитку, заподіяного Страхувальнику/Застрахованій особі.

9.2. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичних витрат на медико-санітарну та іншу допомогу Застрахованій особі, попередньо погоджених зі Страховиком/Асистуючою компанією.

9.3. Розмір страхової виплати не може перевищувати страхову суму, та ліміти по окремим видам медичної допомоги, медичних та інших послуг, встановлених Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

9.4. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування щодо такої Застрахованої особи.

9.5. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана до звернення за медичною або іншою допомогою, зв'язатись зі Страховиком/Асистуючою компанією за вказаними в Договорі координатами (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо), повідомити про подію та отримати інформацію щодо подальших дій. При зверненні до Страховика, Застрахованій особі надає лікарю-координатору Страховика / Асистуючій компанії наступну інформацію:

- прізвище, ім'я та по батькові;
- номер Договору страхування або Посвідчення Застрахованої особи (сертифікату, полісу, свідоцтва, пластикової картки тощо);
- місце роботи Застрахованої особи;
- причину звернення (детальний опис події);
- контактний телефон, місцезнаходження.

9.6. Вищевказане повідомлення може також здійснюватися у письмовій (електронній) формі, засобами електронного зв'язку (електронною поштою, через месенджери Viber, WhatsApp, Telegram), через мобільні додатки або сайт Страховика.

9.7. Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та чинність Договору.

9.8. Повідомити Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п.13.1. цього Договору, може довірена особа Страхувальника/Застрахованої особи, їх родичі чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

9.9. Страховик/ Асистуюча компанія організує та скоординує надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування та, у разі необхідності, скеровує

Страхувальника/Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я з якими співпрацює Асистуюча компанія, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистуючої компанії.

9.10. У виключних випадках (екстрена медична допомога), Страхувальник/Застрахована особа може отримати послуги в закладі охорони здоров'я, з яким Асистуюча компанія не має договірних відносин, про що вона повинна при першій нагоді повідомити Асистуючу компанію.

9.11. Якщо Застрахована особа з поважних причин (важкий стан здоров'я Застрахованої особи) не змогла зв'язатися з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених обраним варіантом страхування, вона зобов'язана протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Асистуючу компанію про її настання та узгодити надання та оплату необхідної послуги.

9.12. Якщо умовами Договору страхування передбачена франшиза, Застрахована особа самостійно сплачує частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У виключних випадках (коли заклад охорони здоров'я не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи), Застрахована особа сплачує повну вартість медичних послуг/медикаментів, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. Порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Асистуючою компанією до надання таких послуг.

9.13. Медична допомога (медичні послуги) за Договором страхування надаються Застрахованій особі при наявності та пред'явленні документу, що посвідчує особу.

9.14. У випадку відсутності в місці перебування Застрахованої особи закладів охорони здоров'я, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги, про що вона попереджає Страховика/ Асистуючу компанію за телефоном бо іншим зручним засобом зв'язку. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи на умовах, визначених Договором страхування.

9.15. В разі самостійної оплати медичних послуг з поважних причин надати Страховику документи визначені в п.8.2. цього Договору.

9.16. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом:

9.16.1. здійснення страхової виплати опосередковано через Асистуючу компанію закладам, які надавали медичні та інші послуги Застрахованій особі в рамках Договору страхування на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги або допомоги, що з нею пов'язана. Документи та строки розрахунків погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надав послуги Застрахованій особі;

9.16.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі, якщо Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги в рамках Договору страхування, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією/Страховиком або передбачено Договором страхування, за умови надання всіх необхідних документів, що передбачені Договором страхування;

9.16.3. страхової виплати законним представникам неповнолітньої Застрахованої особи.

9.17. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість, відповідно до розділу 8 цього Договору.

9.18. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати (складає страховий акт) або про відмову у страховій виплаті у строк, визначений Договором страхування, після отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення.

9.19. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком після отримання останнього (необхідного для прийняття рішення), документу протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором з закладом охорони здоров'я та/або Асистуючою компанією, залежно від того, кому здійснюється виплата.

9.20. Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором з закладом охорони здоров'я та/або Асистуючою компанією, залежно від того, кому здійснюється виплата.

## 10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника/ Застрахованої особи/ Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями);

10.1.2. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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

10.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;

10.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;

10.1.6. інші підстави, визначені законодавством та умовами Договору страхування.

## 11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Претензії та скарги щодо надання страхових послуг за Договором страхування приймаються Страховиком у письмовому вигляді, шляхом направлення їх на адресу Страховика:

**04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62 (в електронному вигляді на адресу електронної пошти [for-pzu@pzu.com.ua](mailto:for-pzu@pzu.com.ua)).**

11.2. Спори щодо виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів.

11.3. При неможливості врегулювання спірних питань шляхом переговорів, спір вирішується у судовому порядку згідно з законодавством України.

## 12. ІНШІ УМОВИ

12.1. Дата початку дії Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» 01.07.2024 р.

12.2. Строк дії даних Загальних умов не обмежений.

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

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

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

12.6. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами одна одній за Договором страхування, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані/повідомлені телефоном, електронною поштою, у месенджерах (Viber, WhatsApp, Telegram тощо) з наступним направленням повідомлення або оригіналів документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів кур'єром (якщо інше не передбачено Договором для конкретного випадку).

### 13. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

***Call center: 311***

***0 800 503 115 (безкоштовно по всій Україні)***

***(044) 230 84 97 цілодобова багатоканальна лінія***

***(044) 581 80 02 цілодобова додаткова лінія для виклику невідкладної допомоги***

***Email: med@sos-service.com.ua***

Актуальні контакти з урахуванням будь-яких змін відображені на вебсторінці Страховика в мережі Internet <https://www.pzu.com.ua>