



## ОФЕРТА (ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА)

### Договору медичного страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні

#### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Договору медичного страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні (далі – Оферта) підписана уповноваженими представниками Страховика із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика ([https://www.pzu.com.ua/useful/publiczna\\_oferta.html](https://www.pzu.com.ua/useful/publiczna_oferta.html)), є офіційною публічною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна» (далі – Страховик), що адресується невизначеному колу клієнтів – дієздатних фізичних осіб та юридичних осіб (далі - Страхувальники), укласти зі Страховиком Договір медичного страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання.

1.2. Договір страхування укладається за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування, згідно з Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», іншими нормативно-правовими актами, відповідно до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні», затверджених Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від «21» березня 2025 року № 38/2025, дата початку дії 07.04.2025 року (<https://www.pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/zus-ms-dlya-inozemciv.pdf>).

1.3. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитися з умовами страхування, інформацією про фінансову послугу, інформацією про Страховика, що розміщені на вебсторінці Страховика в мережі Internet <https://www.pzu.com.ua>.

1.4. Для укладення Договору страхування Страхувальник знайомиться з цією Офертою, обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування, та підтверджує надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

1.5. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Акцепт (індивідуальна частина) Договору медичного страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні (далі – Акцепт), який містить індивідуальні умови Договору страхування. Направленням Акцепту Страхувальнику Страховик вважає себе зобов'язаним, якщо Страхувальник прийме пропозицію укласти Договір страхування шляхом підписання ним Акцепту.

1.6. Договір страхування складається з цієї Оферти та Акцепту, підписаного Сторонами, що є невід'ємними частинами Договору.

#### 2. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

2.1. Страховими ризиками за Договором є:

2.1.1. гостре захворювання;

2.1.2. загострення хронічного захворювання;

2.1.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

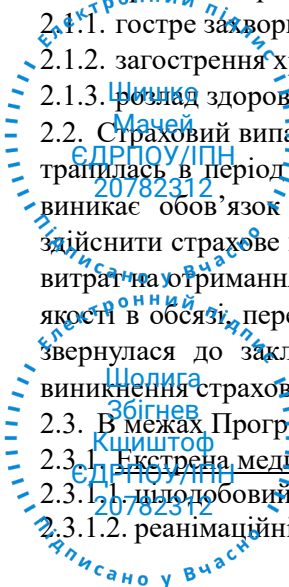
2.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.1.1.-2.1.3. цієї Оферти, що трапилась в період дії строку страхового покриття за Договором страхування та внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату закладу охорони здоров'я та/або здійснити страхове відшкодування Застрахованій особі/Вигодонабувачу, шляхом оплати понесених витрат на отримання Застрахованою особою невідкладної медичної допомоги (певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою страхування), за отриманням якої Застрахована особа звернулася до закладу охорони здоров'я протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту виникнення страхового ризику.

2.3. В межах Програми страхування можуть передбачатися такі послуги:

2.3.1. Екстрена медична допомога:

2.3.1.1. щодобовий виклик бригади екстреної медичної допомоги;

2.3.1.2. реанімаційні заходи;



- 2.3.1.3. діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для стабілізації стану хворого;
- 2.3.1.4. медикаментозне забезпечення, виключно в обсязі, необхідному для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);
- 2.3.1.5. транспортування до травмпункту, закладу охорони здоров'я, з одного закладу охорони здоров'я в інший, за медичними показаннями.

#### 2.3.2. Невідкладна стаціонарна допомога:

- 2.3.2.1. перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами;
- 2.3.2.2. харчування, передбачене умовами даного закладу охорони здоров'я;
- 2.3.2.3. консультації лікарів, призначення плану лікування;
- 2.3.2.4. консультації провідних/головних спеціалістів, к.м.н., професорів, проведення консилиумів у важко-диференційованих випадках;
- 2.3.2.5. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- 2.3.2.6. терапевтичне лікування, оперативні втручання, анестезіологічна допомога;
- 2.3.2.7. забезпечення медичними препаратами (в т.ч. гормональними препаратами, моновітамінами та вітамінними комплексами), засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 2.3.2.8. фізіотерапевтичні процедури, підводне витягання, лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, мануальна терапія в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу, або, як частина профілактики ускладнень (в т.ч., пролежнів) у важкохворих осіб;
- 2.3.2.9. перебування одного з батьків в стаціонарі разом з дитиною, яка є Застрахованою особою за Договором страхування, і вік якої менше повних 6 (шести) років (Страховиком сплачується тільки вартість ліжка-місця та харчування);
- 2.3.2.10. транспортування з одного закладу охорони здоров'я в інший за медичними показаннями та рекомендаціями лікаря - в межах території дії Договору;
- 2.3.2.11. експертиза тимчасової непрацездатності з наданням лікарняних листків Застрахованій особі або одному з батьків Застрахованої дитини (тільки у випадках, коли Застрахована особа обслуговується в закладі охорони здоров'я, що має право на видачу листків тимчасової непрацездатності);
- 2.3.2.12. будь-які медичні послуги, в тому числі оперативні втручання, медичне устаткування, медикаменти, необхідні для порятунку життя Застрахованої особи в перші 24 години з моменту госпіталізації такої особи;
- 2.3.2.13. забезпечення необхідними засобами особистого догляду (сечо- та калоприймачами, підгузками, одноразовим одягом, одноразовими серветками, простирадлами та іншим) в обсязі, необхідному для проведення оперативного втручання, або на час перебування в реанімаційній палаті.

#### 2.3.3. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога:

- 2.3.3.1. консультації лікаря-терапевта або сімейного лікаря в поліклініці при виникненні проблем зі здоров'ям, коли неможливо встановити профіль захворювання, для направлення Застрахованої особи до лікаря-спеціаліста;
- 2.3.3.2. консультації лікаря-спеціаліста в поліклініці за направленням лікаря-терапевта або лікаря-координатора Асистуючої компанії, якщо симптоми захворювання однозначно потребують уваги лікаря-спеціаліста;
- 2.3.3.3. консультації провідних/головних спеціалістів, к.м.н., професорів, відповідного профілю у розмірі вартості консультації спеціаліста (згідно з прейскурантом цін закладу охорони здоров'я на день проведення консультації) закладу охорони здоров'я, в який звернулась Застрахована особа (різницю у вартості Застрахована особа сплачує самостійно). У разі неможливості здійснити сплату послуг частково, Застрахована особа оплачує консультацію самостійно з подальшим поданням документів для відшкодування частини витрат Страховою компанією;
- 2.3.3.4. проведення в умовах поліклініки діагностичних досліджень, призначених лікарем-терапевтом та/або лікарем-спеціалістом;
- 2.3.3.5. проведення за призначенням лікаря-терапевта та/або лікаря-спеціаліста медичних процедур та маніпуляцій (в т.ч. малих хірургічних втручань) з метою лікування основного захворювання;
- 2.3.3.6. оформлення листа тимчасової непрацездатності (якщо заклад охорони здоров'я має ліцензію на видачу);

- 2.3.3.7. вакцинація від правця та сказу.
- 2.3.4. Медикаментозне забезпечення при невідкладній амбулаторно – поліклінічній допомозі:
  - 2.3.4.1. офіційно зареєстровані в Україні лікарські засоби;
  - 2.3.4.2. засоби медичного призначення: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «Скотч-каст», засоби, необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо).
- 2.3.5. Невідкладна стоматологічна допомога:
  - 2.3.5.1. огляд і консультація лікаря-стоматолога;
  - 2.3.5.2. діагностичні дослідження (рентген);
  - 2.3.5.3. хірургічне стоматологічне лікування в екстрених випадках;
  - 2.3.5.4. зняття гострого зубного болю;
  - 2.3.5.5. зняття незнімних протезів для невідкладного лікування;
  - 2.3.5.6. видалення зубів і коріння в екстрених випадках;
  - 2.3.5.7. постановка тимчасових пломб;
  - 2.3.5.8. забезпечення медикаментами та медичними витратними матеріалами;
  - 2.3.5.9. протезування у випадках щелепно-лицьової травми;
  - 2.3.5.10. екстрена стоматологічна допомога в нічний час;
  - 2.3.5.11. лікування травматичних пошкоджень зубів, щелепи, якщо травма відбулась в період дії Договору страхування.
- 2.4. Перелік послуг за кожною Програмою страхування, які можуть бути наданими Застрахованій особі та ліміти відповідальності за кожною послугою наведено в п. 1.5.5 Акцепту.
- 2.5. Послуги надаються в державних, відомчих та приватних закладах охорони здоров'я. При отриманні послуг в приватних закладах охорони здоров'я, Застрахована особа оплачує франшизу у розмірі, визначеному в п. 5.2 цієї Оферти.

### **3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

- 3.1. Страхувий захист не діє стосовно осіб:
  - 3.1.1. вік яких до 1 року або більше 70 років на дату укладання договору страхування;
  - 3.1.2. які мають громадянство України;
  - 3.1.3. що приймають безпосередню участь у бойових діях, збройному конфлікті, воєнних діях та/або особи, які є учасниками добровольчих та інших військових, воєнізованих утвореннях як державних так і недержавних; працівники суб'єктів охоронної діяльності;
  - 3.1.4. які страждають на наступні захворювання:
    - 3.1.4.1. туберкульоз легень та позалегеновий туберкульоз;
    - 3.1.4.2. хронічна ниркова недостатність, що вимагає проведення гемодіалізу;
    - 3.1.4.3. цироз печінки будь-якої етіології;
    - 3.1.4.4. імунодефіцити (уроджені та набуті), в тому числі ВІЛ (СНІД);
    - 3.1.4.5. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.
- 3.2. Не визнаються страховими випадками та не здійснюється страхова виплата за подіями, що сталися безпосередньо внаслідок:
  - 3.2.1. вживання алкоголю Застрахованою особою, вживання транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміетичних (одурманюючих) та наркотичних засобів Застрахованою особою, крім випадків прийому цих речовин внаслідок протиправних дій третіх осіб у вигляді примусу або загрози життю;
  - 3.2.2. самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;
  - 3.2.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою своєму здоров'ю шкоди (в т.ч. внаслідок відмови від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотримання призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму тощо) чи тілесних пошкоджень;
  - 3.2.4. захоплення, піратських дій, громадянських війн, народних хвилювань, революції, заколотів, повстань, громадянських заворушень або хвилювань, страйків, локаутів, трудових конфліктів або безладдя, надзвичайних чи особливих станів, оголошеними органами державної влади у встановленому законодавством порядку, природних лих, радіоактивного, хімічного або бактеріологічного забруднення, дії іонізуючого випромінювання, епідемічних та пандемічних хвороб; терористичного акту, встановлення вибухових пристроїв тощо або дій, яких вжито з метою запобігання, подавлення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, загрожуючого чи усвідомлюваного терористичного акту; застосування зброї масового знищення (хімічної, біологічної, ядерної);

- 3.2.5. пересування Застрахованою особою автомобільними шляхами на електросамокаті та інших електричних засобах пересування, таких як гіроборди, гіроскутери, моноколеса та ін;
- 3.2.6. занять Застрахованою особою спортом на професійному рівні (окрім випадків, коли в п. 1.5.3.3 Акцепту зазначено «Так»);
- 3.2.7. занять Застрахованою особою екстремальними видами спорту (окрім випадків, коли в п. 1.5.3.2 Акцепту зазначено «Так»);
- 3.2.8. заняття Застрахованою особою такими видами активностей, як: кліфф-дайвінг, дайвінг на глибину більше 18 метрів, спуски лижами з нерозвіданих маршрутів/ трас, хеліскіінг, хелібордінг, паркур, велосипедний мотокрос (BMX), стантрайдинг, літаковий та вертольотний спорт, спідрайдинг, вінг-сьют стрибки, екстремальні види індустріального туризму (руфінг, тощо);
- 3.2.9. виконання фізичної роботи Застрахованою особою, в тому числі з використанням інструменту, завантаження/розвантаження транспортних засобів, тощо (окрім випадків, коли було зазначено в п. 1.5.3.1 Акцепту «Так»);
- 3.2.10. управління транспортним засобом Застрахованою особою, який не має відповідного посвідчення або відповідної категорії водія, а також передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка вживала алкоголь, наркотичні або токсичні речовини або не має відповідного посвідчення або відповідної категорії водія;
- 3.2.11. польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить у ролі пасажирів у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення;
- 3.2.12. самолікування, негативних наслідків діагностичних та лікувальних процедур.
- 3.3. Страховик не організовує та не здійснює оплату:
- 3.3.1. діагностики та лікування:
- 3.3.1.1. хронічних захворювань та їх загострень, які не загрожують життю Застрахованої особи;
- 3.3.1.2. захворювань та станів, які не мають ознак гострого захворювання;
- 3.3.1.3. шкіри та додатків шкіри (дерматитів, сонячних опіків, вугровий висип, акне);
- 3.3.1.4. СНІДу, СНІД-асоційованого синдрому або будь-якого подібного синдрому, а також захворювань, що є їх наслідком;
- 3.3.1.5. особливо небезпечних інфекцій (відповідно до переліку, затвердженого діючим наказом МОЗ України, та визначень ВООЗ);
- 3.3.1.6. новоутворень, системних захворювань сполучної тканини, аутоімунних захворювань, ендокринних хвороб;
- 3.3.2. планового лікування, діагностики та підготовки до нього; медичного огляду або постановки діагнозу, які є частиною поточного медичного обстеження або перевірки стану здоров'я;
- 3.3.3. патронажу (ведення) вагітності, допомоги при пологах (за винятком екстреної медичної допомоги до 26 – го тижня вагітності (включно));
- 3.3.4. планових консультацій та обстежень під час вагітності, незалежно від терміну вагітності;
- 3.3.5. переривання вагітності, крім випадків рятування життя Застрахованої особи; обстежень і лікування, пов'язаного з перериванням вагітності або пологами та їх наслідками; пологів;
- 3.3.6. будь-яких операцій, що потребують протезування, використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовки операції;
- 3.3.7. будь-яких операцій, що потребують трансплантації органів та тканин;
- 3.3.8. придбання засобів та пристроїв медичного користування різного характеру і призначення (за виключенням ортезів у випадках лікування переломів та при розривах зв'язок); медичного устаткування, обладнання та пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених органів;
- 3.3.9. екстракорпоральних методів лікування;
- 3.3.10. будь-яких послуг, що не є невідкладними з медичної точки зору.
- 3.4. Страховик не відшкодовує адміністративний та сервісний збір закладу охорони здоров'я, будь-які збори, спрямовані в якості благодійної допомоги закладу охорони здоров'я.

#### **4. СТРОК ТА ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВСТУПУ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ В ДІЮ**

- 4.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін та зазначається в п. 1.5.1 Акцепту.
- 4.2. В межах Строку дії встановлюються періоди страхування, які зазначаються в п.1.6.1 Акцепту.
- 4.3. Цей Договір вступає в дію з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного в п.1.5.1 Акцепту, як дата початку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами) у повному обсязі

на поточний рахунок Страховика, та припиняється після завершення 24-ої години дня, зазначеного в п.1.5.1 Акцепту, як дата його закінчення.

4.4. За кожним періодом страхування страховий захист діє з дати, що зазначена в п.1.6.1 Акцепту, як дата початку цього періоду страхування, але не раніше дня, наступного за днем надходження страхового платежу у повному обсязі на поточний рахунок Страховика та припиняється після завершення 24-ої години дня, зазначеного в п.1.6.1 Акцепту, як дата його закінчення.

4.5. Договір діє до кінця строку, зазначеного в п.1.5.1 Акцепту, в межах різниці між страховою сумою і розміром здійснених страхових виплат.

4.6. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до моменту укладання Договору страхування.

4.7. Страховий захист діє протягом усього строку дії Договору, окрім випадків зупинення дії страхового покриття через несплату Страхувальником чергової частини страхової премії (при сплаті Страхувальником страхової премії частинами) в обсязі та строки, встановлені в п.1.6 Акцепту:

4.7.1. якщо друга чи наступна частини страхової премії в повному обсязі не надійшла (и) в строки, визначені в п.1.6.1 Акцепту, як строк сплати частини страхової премії, дія страхового покриття за Договором страхування (зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату в разі настання страхового випадку) зупиняється після завершення 24 години (за київським часом) дня, до якого Страхувальник має сплатити частину страхової премії згідно з умовами п.1.6.1 Акцепту;

4.7.2. у разі сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії впродовж 10 (десяти) календарних днів після дати, зазначеної в п.1.6.1 Акцепту, як кінцева дата сплати відповідної частини страхової премії, страхове покриття поновлює дію з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.

4.8. З моменту зупинення дії страхового покриття та до моменту відновлення дії страхового покриття, згідно з п.4.7.1 – 4.7.2 цієї Оферти, страховий захист за Договором не діє, і Страховик не здійснює страхові виплати за подіями, що сталися у період зупинення дії страхового покриття за Договором. При цьому, строк дії Договору, зазначений в п.1.5.1 Акцепту, не змінюється.

4.9. Територія дії Договору страхування зазначається в п.1.5.2 Акцепту.

4.10. Договір діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах території, зазначеної в п. 1.5.2 Акцепту.

4.11. Страхове покриття не поширюється на окуповані території, в т.ч. території Автономної Республіки Крим, на територію/район воєнних або бойових дій, а також на територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України, зону воєнних або збройних конфліктів, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та населені пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку).

## **5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ**

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін та зазначається в п. 1.6 Акцепту.

5.2. При отриманні послуг в приватних закладах охорони здоров'я, Застрахована особа оплачує франшизу в такому розмірі:

5.2.1. 80% - якщо укладено договір страхування за програмою «Експрес», «Експрес+», «Максі»;

5.2.2. 70% - якщо укладено договір страхування за програмою «Оптима».

5.3. Ліміт відповідальності Страховика за кожною послугою визначаються відповідно до обраної Програми страхування та зазначається в п. 1.5.5 Акцепту.

5.4. Страхова премія зазначається в п. 1.6 Акцепту.

5.5. Страховик в залежності від змін податкового законодавства, зміни страхового ризику може змінювати страхову премію на кожний період страхування.

5.6. Сплата страхової премії здійснюється Страхувальником відповідно до визначених в п. 1.6 Акцепту умов.

5.7. Сплата страхової премії відбувається в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика. Якщо сплата страхової премії здійснюється у формі банківського або поштового переказу, датою сплати страхової премії (платежу) вважається день надходження на поточний рахунок Страховика премії (платежу) в сумі, визначеній в п.1.6 Акцепту.

## **6. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ**

- 6.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється Сторонами у письмовому вигляді та оформлюється Додатковою угодою, яка є невід'ємною частиною Договору страхування або шляхом припинення діючого Договору страхування та укладання нового Договору страхування.
- 6.2. У випадку дострокового припинення діючого Договору та укладання нового Договору страхування, витрати пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору складають 0%.
- 6.3. Зміна строку дії Договору можлива лише шляхом дострокового припинення діючого Договору та укладання нового Договору страхування. При цьому, достроково припинити діючий Договір з урахуванням п. 6.2 цієї Оферти можливо протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку Строку дії Договору. Якщо дострокове припинення дії Договору відбувається на 31 (тридцять перший) день від початку Строку дії Договору або пізніше, в такому випадку витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору встановлюються в розмірі, визначеному в п. 1.7.1 Акцепту.
- 6.4. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 6.4.1. закінчення строку дії Договору;
  - 6.4.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
  - 6.4.3. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
  - 6.4.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 6.4.5. набрання законної сили рішення суду про визнання Договору страхування недійсним;
  - 6.4.6. сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі за всіма страховими випадками, що сталися в період дії цього Договору;
  - 6.4.7. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором страхування строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з одинадцятого дня після дати, зазначеної в п.1.6 Акцепту, як дата сплати відповідної частини страхової премії;
  - 6.4.8. у випадках передбачених частиною першою статті 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»;
  - 6.4.9. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 6.5. Дія Договору страхування також може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.
- 6.6. Дата повідомлення про намір достроково припинити дію Договору є датою припинення дії такого Договору страхування.
- 6.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п.1.7.1 Акцепту, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором та заявлених страхових виплат.
- 6.8. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 6.9. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.
- 6.10. 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 цього Договору в розмірі, визначеному в п.1.7.1 Акцепту, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором та заявлених страхових виплат.
- 6.11. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/ або збільшують розмір потенційного збитку) Страховик має право достроково припинити Договір у порядку, передбаченому в п.6.7. цієї Оферти.
- 6.12. Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії Договору страхування.

6.13. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

6.13.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

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

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

6.15. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п.6.13 цієї Оферти, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

## **7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

7.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку визначається на підставі документів, які встановлюють факт настання страхового випадку, вартість фактично наданих послуг та які є зазначеними в розділі 8 цієї Оферти.

7.2. Розмір страхової виплати не може перевищувати розміру ліміту відповідальності Страховика за наданою Застрахованій особі послугою та розміру прямого збитку, заподіяного Застрахованій особі.

7.3. В будь-якому разі сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування для Застрахованої особи.

## **8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

8.1. Підтвердження настання страхового випадку та визначення характеру події, що настала, здійснюється на підставі наступних документів:

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

8.1.2. копії документа, що посвідчує особу отримувача страхової виплати;

8.1.3. копії довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) особи, що отримує страхову виплату у разі її наявності;

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

8.1.4.1. 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;

8.1.4.2. 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);

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

8.1.5.1. касовий (фіскальний) чек;

8.1.5.2. товарний чек із зазначенням ПІБ Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи або штампом «Сплачено», ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек;

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

8.1.5.4. 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;

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

8.1.7. інші документи, необхідні для прийняття рішення про страхову виплату (за обґрунтованим запитом Страховика).

8.2. У всіх довідках і виписках з закладів охорони здоров'я обов'язково повинен бути вказаний діагноз, а також повинні бути проставлені підписи посадових осіб закладу охорони здоров'я, печатка і штамп такого закладу.

8.3. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірені. 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. Документи надаються у терміни, передбачені п. 11.3.8 цієї Оферти.

## **9. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

9.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана до звернення за невідкладною медичною допомогою, зв'язатись зі Страховиком/Асистуючою компанією за вказаними в п.1.8 Акцепту контактами (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин, коли, наприклад, Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо), повідомити про подію та отримати інформацію щодо подальших дій. При зверненні до Страховика, Застрахована особа надає лікарю-координатору Страховика/Асистуючій компанії наступну інформацію:

- прізвище, ім'я та по батькові;
- номер Договору страхування;
- причину звернення (детальний опис події);
- контактний телефон, місцезнаходження.

9.2. Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та чинність Договору страхування.

9.3. Повідомити Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п.9.1. цієї Оферти, може довірена особа Страхувальника/Застрахованої особи, їх родичі чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

9.4. Страховик/Асистуюча компанія організує та скоординує надання медичної допомоги, передбаченої Програмою страхування та, у разі необхідності, скерує Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я, з яким співпрацює Асистуюча компанія, організує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому, Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистуючої компанії.

9.5. У виключних випадках (послуги «Екстрена медична допомога» та «Невідкладна стаціонарна допомога»), 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.

9.6. Якщо Застрахована особа з поважних причин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо) не змогла зв'язатись з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених обраною Програмою 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.

9.7. Медичні послуги за Договором страхування надаються Застрахованій особі при наявності та пред'явленні документу, що посвідчує особу.

9.8. 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 Асистуючу компанію за контактними даними,

зазначеними в п. 1.8 Акцепту. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи.

9.9. В разі самостійної оплати медичних послуг з поважних причин Застрахована особа надає Страховику документи визначені в Розділі 8 цієї Оферти.

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

9.10.1. здійснення страхової виплати опосередковано через Асистуючу компанію закладам, які надавали медичні послуги Застрахованій особі. Документи та строки розрахунків погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надав послуги Застрахованій особі;

9.10.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних послуг у разі, якщо Застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги і це було попередньо погоджено зі Страховиком/Асистуючою компанією;

9.11. страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України.

9.12. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком після отримання останнього (необхідного для прийняття рішення), документу протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів.

9.13. Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті.

## **10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

10.1. Підставою для відмови у страховій виплаті 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/Вигодонабувачем про настання страхового випадку без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку;

10.1.5. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору страхування;

10.1.6. ненадання документів та інформації стосовно страхового випадку, необхідних для прийняття рішення про страхову виплату;

10.1.7. надання Страхувальником неправдивої інформації, документів із завідомо неправдивою інформацією, що стосуються здоров'я Застрахованої особи;

10.1.8. відмова від обстеження Застрахованою особою довіреним лікарем Страховика;

10.1.9. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими розділом 3 цієї Оферти;

10.1.10. відмова Страхувальника надати документи і відомості необхідні для проведення Страховиком належної перевірки, зокрема ідентифікації та верифікації Страхувальника/Вигодонабувача/Застрахованої особи;

10.1.11. наявність Страхувальника/Вигодонабувача/Застрахованої особи у переліку осіб, які пов'язані із здійсненням терористичної діяльності або якщо до них застосовані санкції, в тому числі санкції РНБО;

10.1.12. інші підстави, визначені законодавством України.

## **11. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН**

11.1. Страхувальник має право:

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

11.1.2. призначити Застрахованих осіб, Вигодонабувача, а також, змінити їх до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору;

- 11.1.3. у випадку втрати Договору страхування отримати у Страховика дублікат Договору (у разі укладання такого Договору в паперовій формі);
- 11.1.4. при настанні страхового випадку вимагати здійснення страхової виплати в порядку та на умовах передбачених розділами 7 та 9 цієї Оферти;
- 11.1.5. отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору страхування;
- 11.1.6. ініціювати припинення дії Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 6 цієї Оферти;
- 11.1.7. вимагати від Страховика збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;
- 11.1.8. реалізовувати інші права, передбачені законодавством України.
- 11.2. Страхувальник зобов'язаний:
- 11.2.1. 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 в т.ч., пов'язані з його професійною діяльністю або діяльністю, що пов'язана з підвищеною небезпекою для життя та здоров'я (заняття спортом) Застрахованої особи, станом здоров'я, надати йому іншу інформацію (в т.ч. про наявність страхового інтересу стосовно Застрахованих осіб та/або Вигодонабувачів (у разі їх призначення)), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або для визначення розміру страхової премії за Договором страхування;
- 11.2.2. повідомити Застрахованих осіб про укладений на їхню користь Договір страхування;**
- 11.2.3. ознайомити Застрахованих осіб, Вигодонабувачів з умовами Договору страхування (у т.ч. з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у страховій виплаті);
- 11.2.4. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені п. 1.6 Акцепту;
- 11.2.5. у разі укладання багаторічного договору страхування оплатити збільшений страховий платіж на новий страховий період за вимогою Страховика, якщо протягом дії Договору виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/ або збільшують розмір потенційного збитку;
- 11.2.6. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика у письмовій формі про будь-яку зміну обставин (зміну страхового ризику), що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором (наприклад, але не обмежуючись: пов'язані з професійною діяльністю Страхувальника, заняттями спортом, тощо);
- 11.2.7. повідомити Страховика про всі інші діючі договори страхування відносно об'єкта страхування;
- 11.2.8. інформувати в письмовій формі Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів будь-яким способом (за контактами, вказаними у п. 1.8 Акцепту), що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника;
- 11.2.9. надавати Страховику/Асистуючій компанії повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;
- 11.2.10. виконувати рекомендації Страховика/Асистуючої компанії щодо усунення обставин, які впливають на підвищення страхового ризику, а також самостійно вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 11.2.11. сприяти Страховику або його представнику у розслідуванні причин та обставин випадку, який має ознаки страхового. Укладанням Договору страхування Страхувальник надає згоду на розголошення Страховику зокрема та не виключно лікарської таємниці, адвокатської таємниці та інших видів таємниць такими особами (лікар, адвокат, та інші особи), якщо таким особам відома інформація, яка пов'язана із настанням випадку, що має ознаки страхового;
- 11.2.12. 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;
- 11.2.13. повідомити про подію до поліції, пожежної охорони або інші органи відповідно до їхньої компетенції та з урахуванням особливостей події, висновки яких будуть прийняті Страховиком як належні та достатні докази для визначення події як страхового випадку, викликати відповідні компетентні органи на місце події, що може бути кваліфікована як страховий випадок\*;

11.2.14. надати Страховику письмову Заяву про подію за формою, встановленою Страховиком та документи, передбачені розділом 8 цієї Оферти протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання події, що може бути визнана Страховиком страховим випадком\*;

\*Недотримання вимог, викладених у п.11.2.14 – 11.2.15 цього Договору вважається таким, що відбулося з поважних причин у разі, якщо Страхувальник не мав фізичної можливості вчасно виконати вимоги, що має бути підтверджено документально, а саме: медичними документами, що підтверджують факт стаціонарного лікування Страхувальника; свідоцтвом про смерть Страхувальника.

11.2.15. повернути Страховику отриману страхову виплату (або частину), якщо виявлені обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати, які згідно з законодавством України чи умовами Договору повністю або частково позбавляють Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача права на отримання страхової виплати. Повернення такої страхової виплати Страхувальник зобов'язаний здійснити протягом 10-ти (десяти) календарних днів з дати отримання такої вимоги;

11.2.16. 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;

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

11.2.18. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

### 11.3. Застрахована особа зобов'язана:

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

11.3.2. повідомити в письмовій формі Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів будь-яким способом (за контактами, вказаними у п. 1.8 Акцепту), що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Застраховану особу;

11.3.3. 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;

11.3.4. виконувати вказівки Страховика/Асистуючої компанії і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням медичних послуг, передбачених Програмою страхування;

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

11.3.6. 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/Асистуючій компанії;

11.3.7. 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;

11.3.8. протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання події, що може бути визнана Страховиком страховим випадком, надати Страховику письмову Заяву про подію за формою, встановленою Страховиком та документи, передбачені розділом 8 цієї Оферти;

11.3.9. 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 чи експерта з метою додаткового обстеження стану здоров'я;

11.3.10. 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;

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

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

11.3.13. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

#### 11.4. Страховик має право:

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

11.4.2. з'ясувати причини, обставини і наслідки страхового випадку у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

11.4.3. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених розділом 10 цієї Оферти та законодавством України;

11.4.4. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 6 цієї Оферти;

11.4.5. вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати (або відповідної частини) за наявності встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково позбавляють Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача права отримати таку страхову виплату;

11.4.6. використовувати записи телефонних розмов із Страхувальником (його представниками)/Застрахованою особою/Вигодонабувачем з метою визначення причин, обставин та розміру шкоди завданої внаслідок настання події;

11.4.7. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених цією Офертою або законодавством України;

11.4.8. у разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику;

11.4.9. у разі укладання багаторічного договору страхування вимагати оплати збільшеного страхового платежу на новий страховий період, якщо протягом дії Договору виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/ або збільшують розмір потенційного збитку;

11.4.10. відкласти прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті, повідомивши про це Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача у письмовій формі, у випадку, коли:

11.4.10.1. не повністю з'ясовані обставини випадку або обставини, які підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача на страхову виплату - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) календарних днів з дати отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення;

11.4.10.2. Страхувальнику/Застрахованій особі/Вигодонабувачу повідомлено про підозру у вчиненні ним/нею злочину, що має безпосереднє відношення до страхового випадку - до надання вироку суду;

11.4.11. у разі сумнівів щодо справжності та/або достовірності, а також достатності документів, наданих у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, Страховик має право направити Застраховану особу на повторні лабораторні та інструментальні дослідження, повторні медичні огляди, які здійснюються лікарями різних спеціальностей. Зазначені дослідження і медичні огляди проводяться лікарями, призначеними Страховиком, в місцях, визначених Страховиком, і оплачуються Страховиком;

11.4.12. реалізовувати інші права, передбачені законодавством України.

#### 11.5. Страховик зобов'язаний:

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

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

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

11.5.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в строки визначені п.9.12, п.9.13 цієї Оферти та в розмірі, зазначеному в розділі 7 цієї Оферти;

11.5.5. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача у строки визначені п.9.13 цієї Оферти з обґрунтуванням причин відмови;

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

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

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

11.5.8.1. 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;

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

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

11.5.8.4. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої укладається договір страхування, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигододержувача (вигодонабувача) за договором страхування є неможливим;

11.5.9. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

## **12. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

12.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла за період прострочення.

12.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати штрафу у розмірі **0,01%** від суми не виконаного або неналежно виконаного зобов'язання.

12.3. Сторони Договору 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 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.

## **13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

13.1. 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)).

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

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

## **14. ІНШІ УМОВИ**

14.1. Підписанням Договору страхування Страхувальник повідомляє та підтверджує, що:

14.1.1. з умовами Договору він ознайомлений та згодний;

14.1.2. вся інформація, надана ним під час укладання Договору, є актуальною, повною та достовірною;

14.1.3. не існує будь-яких обставин та обмежень, що можуть перешкодити укладенню Договору;

14.1.4. до укладання Договору він отримав інформацію про страховий продукт «Медичне страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні» в тому числі Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Медичне страхування іноземних громадян, що перебувають в Україні» (<https://www.pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/inform-doc-ms-dlya-inozemciv.pdf>),

інформацію про Страховика та іншу інформацію, передбачену ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (<https://www.pzu.com.ua/>);

14.1.5. інтереси Страхувальника були дотримані шляхом виконання вимог статті 86 Закону України «Про страхування»;

14.1.6. отримав інформацію, необхідну для ідентифікації Страховика відповідно до статті 87 Закону України «Про страхування», а також інформацію про процедуру подання скарг та досудового врегулювання спорів;

14.1.7. йому повідомлено інформацію про страхового посередника, передбачену ст. 88 Закону України «Про страхування», якщо Договір укладається за його посередництвом;

14.1.8. до укладання Договору повідомлено інформацію, передбачену частинами 9 та 10 ст. 86 Закону України «Про страхування», якщо страховий продукт пропонується разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору.

14.2. Страхувальник надає Страховику безумовну згоду на обробку його персональних даних, включення їх до бази персональних даних Страховика у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» з метою проведення Страховиком своєї діяльності, відмовляється від письмового повідомлення про включення його персональних даних до бази персональних даних Страховика та про передачу його персональних даних третій особі. Згода на обробку персональних даних надається на строк, необхідний для досягнення мети обробки персональних даних і може бути відкликана за письмовою заявою, направленою Страховику;

14.2.1. Страхувальник обізнаний про свої права у відповідності до статті 8 Закону України «Про захист персональних даних»;

14.2.2. Страховик повідомив йому відомості, визначені частиною другою статті 12 Закону України «Про захист персональних даних»:

Володільцем персональних даних є Страховик.

Страховиком оброблятимуться такі персональні дані: прізвище, ім'я та по батькові; серія та номер паспорта (чи іншого документа, що підтверджує особу суб'єкта персональних даних), ким та коли виданий документ; реєстраційний номер облікової картки платника податків; дата народження; місце проживання та реєстрації; громадянство; стан здоров'я; фотографія (в тому числі цифрове зображення) суб'єкта персональних даних; номери телефонів; адреси електронної пошти (E-mail); інша інформація, необхідна для досягнення мети обробки персональних даних Страховиком.

Обробка персональних даних включає в себе: збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання, аналіз, систематизацію, поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем, тощо. Страховик самостійно визначає процедуру обробки персональних даних.

Персональні дані оброблятимуться з метою ведення діловодства, отримання та використання статистичної інформації (в тому числі використання такої інформації в маркетингових цілях (дослідження ринку, визначення потенційної цільової аудиторії, проведення інших маркетингових досліджень), підготовки адміністративної та іншої інформації з питань здійснення страхової діяльності, реалізації визначених законодавством України прав та обов'язків суб'єктів персональних даних тощо.

Персональні дані передаватимуться асистуючим компаніям та іншим особам з метою здійснення страхової діяльності Страховиком.

14.3. Страхувальник поінформований, що у разі надання неправдивих відомостей під час укладання Договору, він (або Застрахована особа/ Вигодонабувач) буде позбавлений права на отримання страхового відшкодування.

14.4. Страховик, як суб'єкт первинного фінансового моніторингу, має право витребувати, а Страхувальник (представник Страхувальника) зобов'язаний надати Страховику будь-яку інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки Страхувальника (представника Страхувальника) та/або актуалізації даних про Страхувальника (представника Страхувальника), а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

14.5. Вигодонабувач має право з метою отримання страхового відшкодування за своєю власною ініціативою вчиняти будь-які дії, які повинен чи має право вчиняти Страхувальник/Застрахована особа. При цьому, вчинення таких дій Вигодонабувачем буде породжувати такі ж самі правові наслідки, якби такі дії були вчинені Страхувальником/Застрахованою особою.

14.6. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси (в тому числі адреси електронної пошти) банківських реквізитів тощо, що можуть вплинути на виконання Сторонами своїх обов'язків за Договором:

14.6.1. 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 пошльним (якщо інше не передбачено Договором для конкретного випадку).

Документи (листи), що направляються Сторонами одна одній вважаються врученими належним чином до моменту обміну оригіналами.

14.6.2. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про зміну адреси місця проживання або свого місцеперебування або електронну адресу протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту настання такого факту. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про зміни, зазначені в цьому пункті, документи Страховика, надіслані на останню відому Страховику адресу Страхувальника або Застрахованої особи/ Вигодонабувача, вважаються врученими належним чином.

14.6.3. Страхувальник згоден з тим, що у разі зміни Страховиком найменування, місцезнаходження, реквізитів, Страховик повідомляє Страхувальника або Застраховану особу/ Вигодонабувача про такі зміни шляхом оприлюднення відповідної інформації на вебсайті Страховика в мережі Інтернет: <https://www.pzu.com.ua/>, що вважається належним повідомленням.

14.6.4. У разі зміни банківського рахунку для сплати страхових премій (якщо умовами Договору страхування передбачено сплату страхової премії періодичними платежами) Страховик повідомляє про це Страхувальника засобами електронного зв'язку, зазначеними Страхувальником в Акцепті при укладенні Договору страхування та/ або направленням письмового повідомлення на адресу, вказану Страхувальником.

14.7. У випадках, не врегульованих цією Офертою, Сторони керуються законодавством України.

#### **ПрАТ СК «ПЗУ Україна»**

Місцезнаходження: вул. Січових Стрільців, 40, м. Київ, 04053, Україна

Поштова адреса: вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, Україна

тел. (044) 238 62 38, факс: (044) 581 04 55

Код ЄДРПОУ 20782312

[www.pzu.com.ua](http://www.pzu.com.ua), [for-pzu@pzu.com.ua](mailto:for-pzu@pzu.com.ua)

#### **В.о. Голови Правління**

**Мачей Шишко**

#### **Член Правління**

**Збігнев Шолига**

**Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)**  
Оферта\_MC іноземці.pdf

Документ відправлено: 16:31 25.03.2025

**Відправник документу**

**Електронний підпис**

16:31 25.03.2025

ЄДРПОУ/ІПН: 20782312

Юр. назва: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПЗУ УКРАЇНА"

Член Правління: Шолига Збігнев Кшиштоф

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 16:31 25.03.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 2DBD5940D955E12A04000000862E01009D0D0500

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований

**Електронний підпис**

16:45 25.03.2025

ЄДРПОУ/ІПН: 20782312

Юр. назва: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПЗУ УКРАЇНА"

В.о. Голови Правління: Шишко Мачей

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 16:45 25.03.2025

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 2DBD5940D955E12A04000000FD2D0300C4EA0F00

Тип підпису: кваліфікований

Тип сертифікату: кваліфікований