



Затверджено Рішенням Правління
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
від «21» березня 2025 року № 38/2025

введено в дію Наказом Голови Правління
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
від «21» березня 2025 року № 48

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТАНДАРТНОГО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В
УКРАЇНІ»
(за текстом Загальні умови)**

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. **Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги 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.

1.6. **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.

1.7. **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.

1.8. **Заняття екстремальними видами діяльності** – мисливство, парапланеризм, дельтапланеризм, парашутний спорт, альпінізм; гірський туризм, трекінг, скелелазіння (висота сходження 2 000 м та вище); підводне плавання на глибині до 18 метрів; флайборд, каньйонінг, автоспорт, мотоспорт (окрім стантрайдингу), перегони на тваринах.

1.9. **Заняття спортом на професійному рівні** – під даними заняттями розуміють:

- коли спорт є професійною діяльністю Застрахованої особи;
- Застрахована особа приймає участь у тренуваннях та/або змаганнях;

- будь-яка циркова діяльність.

1.10. **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.

1.11. **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.

1.12. **Невідкладна стаціонарна/амбулаторна допомога** - медична допомога, яка надається в екстрених випадках Застрахованій особі в умовах стаціонару (за виключенням денного стаціонару) або в амбулаторних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до виникнення загрози життю Застрахованої особи.

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

Нещасним випадком вважається: травматичне ушкодження, в тому числі внаслідок протиправних дій третіх осіб, гостре отруєння отруйними рослинами, грибами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками (крім випадків самолікування), утоплення, асфіксія в т.ч. внаслідок попадання сторонніх тіл або рідин у дихальні шляхи, укуси тварин, у тому числі, змій, отруйних комах, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), правцем, сказом, ботулізмом, позаматкова вагітність (якщо вона призвела до видалення органів малого тазу), опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження.

1.14. **Сторони Договору страхування** – Страховик та Страхувальник.

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

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

1.17. **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.

1.18. **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).

1.19. 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. Страхування за цими Загальними умовами здійснюється за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування.

2.3. Страховим ризиком є нижче перераховані події, що трапилися в період дії строку страхового покриття за Договором страхування та на території страхового покриття:

2.3.1. гостре захворювання;

2.3.2. загострення хронічного захворювання;

2.3.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

2.4. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.3.1-2.3.3 цих Загальних умов, 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 особі, зазначеній в Договорі страхування, шляхом оплати понесених такою особою витрат на отримання нею невідкладної медичної допомоги в обсязі, визначеному в Договорі страхування, за отриманням якої Застрахована особа звернулася до закладу охорони здоров'я протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту виникнення страхового ризику.

2.5. Перелік послуг, які можуть бути організовані та/або профінансовані Застрахованій особі, зазначається в Договорі страхування відповідно до потреб клієнта та умов обраної клієнтом програми страхування:

Програма страхування	Експрес	Експрес+	Максі	Оптима
Екстрена медична допомога (далі Екстрена допомога)	+	+	+	+
Невідкладна стаціонарна допомога (далі Невідкладний стаціонар)	+	+	+	+
Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога (далі Невідкладна АПД)	-	+	+	+
Медикаментозне забезпечення при невідкладній амбулаторно-поліклінічній допомозі (далі Медикаменти)	-	-	+	+
Невідкладна стоматологічна допомога (далі Невідкладна стоматологія)	-	-	+	+

2.5.1. Договором страхування конкретизується обсяг страхового покриття, шляхом наведення в Договорі страхування переліку послуг закладу охорони здоров'я, які можуть бути організованими та профінансованими для Застрахованої особи.

2.6. Страхова сума. Страховий тариф. Страхова премія. Ліміти відповідальності. Франшиза.

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

2.6.1.1. за програмами «Експрес», «Експрес+», «Максі» доступними до обрання є такі розміри страхових сум: 15 000 грн, 20 000 грн, 35 000 грн, 50 000 грн, 75 000 грн, 100 000 грн;

2.6.1.2. за програмою «Оптима» доступною до обрання є лише сума, яка є гривневим еквівалентом 30 000 євро на дату укладання Договору страхування.

2.6.2. За багаторічними Договорами страхування страхова сума встановлюється на весь період дії Договору страхування, страхова премія встановлюється на кожен період страхування, яким є календарний рік.

2.6.3. Страховий тариф визначається за згодою Страховика та Страхувальника в Договорі страхування, відповідно до Тарифної політики. Відповідно до п.п. 139 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.

2.6.4. Страхова премія за Договором страхування визначається шляхом множення страхової суми та страхового тарифу.

2.6.5. Порядок сплати страхової премії визначаються Сторонами у Договорі страхування та можуть бути наступними:

2.6.5.1. одноразова оплата, якщо строк дії Договору страхування не перевищує один календарний рік та Страхувальником є фізична особа;

2.6.5.2. одноразова оплата, якщо Страхувальником є юридична особа та розмір страхової премії за договором страхування менше 50 000 (п'ятдесят тисяч) гривень;

2.6.5.3. оплата частинами (щомісяця, щокварталу, раз в півроку), якщо строк дії Договору страхування становить один календарний рік, Страхувальником є юридична особа та розмір страхової премії за договором страхування становить 50 000 (п'ятдесят тисяч) гривень або більше;

2.6.5.4. оплата частинами за кожен період страхування (календарний рік) за умови укладання багаторічного Договору страхування.

2.6.6. В межах обраної клієнтом програми страхування передбачено ліміти відповідальності Страховика за різними послугами. Інформація про розмір лімітів відповідальності наведена в Додатку 1 до цих Загальних умов.

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

2.6.8. Розмір франшизи визначається Сторонами у Договорі страхування.

2.7. Строк страхового покриття.

2.7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника, зазначається в Договорі страхування та може становити:

2.7.1.1. період від 1 (одного) місяця до 1 (одного) календарного року за усіма програмами страхування;

2.7.1.2. 2 (два), 3 (три), 4 (чотири), 5 (п'ять) календарних років за усіма програмами страхування, окрім програми «Оптіма».

2.7.2. Строк дії Договору страхування від 1 (одного) дня до 6 (шести) місяців (включно) може бути лише за умови обрання страхової суми від 50 000 грн для кожної Застрахованої особи.

2.7.3. В межах Строку дії можуть встановлюватися періоди страхування. За умови укладання багаторічного Договору страхування періодом страхування є календарний рік.

2.7.4. Договір страхування вступає в дію з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, зазначеного в Договорі страхування як дата початку Строку дії, але, не раніше дня, наступного за днем сплати страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами), та закінчується о 24 годині 00 хвилин (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі страхування як дата закінчення Строку дії.

2.7.5. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до вступу в дію Договору страхування.

2.7.6. Страховий захист діє протягом усього строку дії Договору страхування, окрім випадків зупинення дії страхового покриття через несплату Страхувальником чергової частини страхової премії, якщо таке зупинення дії страхового покриття передбачено Договором страхування.

2.8. Територія страхового покриття.

2.8.1. Територією страхового покриття є Україна.

2.8.2. Страхове покриття діє стосовно тих страхових випадків, які трапилися в межах території, яка зазначена Сторонами в Договорі страхування.

2.8.3. Страхове покриття не поширюється на:

2.8.3.1. окуповані території;

2.8.3.2. територію/райони воєнних або бойових дій;

2.8.3.3. територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України;

2.8.3.4. зони воєнних або збройних конфліктів;

2.8.3.5. населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження;

2.8.3.6. населені пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку).

2.9. Складові страхового покриття.

2.9.1. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, на підставі яких укладається Договір страхування.

3. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН ТА ВИГОДОНАБУВАЧА. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. *Страховальник 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 за участі страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України;

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

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

3.1.4. при настанні страхового випадку вимагати здійснення страхової виплати в порядку та на умовах передбачених Договором страхування;

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

3.1.6. ініціювати припинення дії Договору страхування у порядку, передбаченому Договором страхування;

3.1.7. вимагати від Страховика збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

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

3.2. *Страховальник 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, надати йому іншу інформацію (у тому числі 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;

3.2.2. повідомити Застрахованих осіб про укладений на їхню користь Договір страхування;

3.2.3. 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);

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

3.2.5. 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;

3.2.6. 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 страхування (наприклад, але не обмежуючись: пов'язані з професійною діяльністю Страхувальника, заняттями спортом, тощо);

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

3.2.8. повідомити в письмовій формі Страховика будь-яким способом (за контактами, вказаними у Договорі страхування) про настання події, що має ознаки страхового випадку у строк, що не перевищує 30 (тридцяти) календарних днів (точна кількість днів визначається Договором страхування), 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;

3.2.9. надавати Страховику/Асистуючій компанії повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

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

3.2.11. 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;

3.2.12. 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;

3.2.13. 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*;

3.2.14. у строки, що не перевищують 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання події, що може бути визнана Страховиком страховим випадком (точна кількість днів визначається Договором страхування), надати Страховику письмову Заяву про подію за формою, встановленою Страховиком та документи, передбачені Договором страхування*;

*Недотримання вимог, викладених у п.3.2.14 – 3.2.15 цих Загальних умов 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 у разі отримання поранення/контузії/травматичного ушкодження; свідоцтвом про смерть Страхувальника.

3.2.15. повернути Страховику отриману страхову виплату (або частину), якщо протягом передбачених законодавством України строків позовної давності виявлені такі обставини, що існували на момент здійснення страхової виплати, які згідно з законодавством України чи умовами Договору страхування повністю або частково позбавляють Страхувальника/Вигодонабувача права на отримання страхової виплати. Повернення такої страхової виплати Страхувальник/Вигодонабувач зобов'язаний здійснити протягом терміну, що не перевищує 30 (тридцяти) календарних днів страхування з дати отримання такої вимоги (точна кількість днів визначається Договором страхування);

3.2.16. 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;

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

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

3.3. Страховик має право:

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

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

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

3.3.4. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування у порядку, передбаченому Договором страхування;

3.3.5. вимагати від Страхувальника/Застрахованої особи (або Вигодонабувача) 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;

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

3.3.7. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором страхування або законодавством України;

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

3.3.9. 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;

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

3.3.10.1. 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;

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

3.3.11. 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 (включаючи ультразвукові дослідження, рентгенологічні та інші методи променевої діагностики), повторні медичні огляди, які здійснюються лікарями різних спеціальностей. Зазначені дослідження і медичні огляди проводяться лікарями, призначеними Страховиком, в місцях, визначених Страховиком, і оплачуються Страховиком;

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

3.4. Страховик зобов'язаний:

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

3.4.2. перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову 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;

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

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

3.4.5. 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;

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

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

3.4.8. відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання Договору страхування у разі:

3.4.8.1. 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;

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

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

- 3.4.8.4. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої укладається Договір страхування, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за Договором страхування є неможливим;
- 3.4.9. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.
- 3.5. За невиконання та/або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.
- 3.6. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування Страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому Договором страхування.
- 3.7. 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.
- 3.8. Сторони 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. На страхування не приймаються особи, які мають громадянство України.
- 4.2. **На страхування не приймаються особи** (якщо інше не зазначено у Договорі страхування):
- 4.2.1. вік яких до 1 року або більше 70 років на дату укладання договору страхування;
- 4.2.2. 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;
- 4.2.3. які страждають на наступні захворювання:
- 4.2.3.1. туберкульоз легень та позалегеневий туберкульоз;
- 4.2.3.2. хронічна ниркова недостатність, що вимагає проведення гемодіалізу;
- 4.2.3.3. цироз печінки будь-якої етіології;
- 4.2.3.4. імунодефіцити (уроджені та набуті), в тому числі ВІЛ (СНІД);
- 4.2.3.5. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.
- 4.3. **Не визнаються страховими випадками та не здійснюється страхова виплата за подіями, що сталися безпосередньо внаслідок:**
- 4.3.1. вживання алкоголю Застрахованою особою, вживання транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів Застрахованою особою, крім випадків прийому цих речовин внаслідок протиправних дій третіх осіб у вигляді примусу або загрози життю;
- 4.3.2. самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи;
- 4.3.3. 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.
- 4.4. **Договором страхування можуть бути передбачені як винятки випадки, що сталися безпосередньо внаслідок:**

- 4.4.1. 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);
- 4.4.2. пересування Застрахованою особою автомобільними шляхами на електросамокаті та інших електричних засобах пересування, таких як гіроборди, гіроскутери, моноколеса та ін;
- 4.4.3. занять Застрахованою особою спортом на професійному рівні;
- 4.4.4. занять Застрахованою особою екстремальними видами спорту;
- 4.4.5. 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);
- 4.4.6. виконання фізичної роботи Застрахованою особою, в тому числі з використанням інструменту, завантаження/розвантаження транспортних засобів, тощо;
- 4.4.7. 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;
- 4.4.8. 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;
- 4.4.9. самолікування, негативних наслідків діагностичних та лікувальних процедур.
- 4.5. Страховик не організує та не здійснить оплату:**
- 4.5.1. діагностики та лікування:
- 4.5.1.1. хронічних захворювань та їх загостреннями, які не загрожують життю Застрахованої особи;
- 4.5.1.2. захворювань та станів, які не мають ознак гострого захворювання.
- 4.6. Умовами Договору страхування може бути передбачено, що Страховик не організує та не здійснить оплату:**
- 4.6.1. діагностики та лікування:
- 4.6.1.1. захворювань шкіри та придатків шкіри;
- 4.6.1.2. СНІДу, СНІД-асоційованого синдрому або будь-якого подібного синдрому, а також захворювань, що є їх наслідком;
- 4.6.1.3. особливо небезпечних інфекцій (відповідно до переліку, затвердженого діючим наказом МОЗ України, та визначень ВООЗ);
- 4.6.1.4. новоутворень, системних захворювань сполучної тканини, аутоімунних захворювань, ендокринних хвороб;
- 4.6.2. планового лікування, діагностики та підготовки до нього; медичного огляду або постановки діагнозу, які є частиною поточного медичного обстеження або перевірки стану здоров'я;
- 4.6.3. патронажу (ведення) вагітності, допомоги при пологах (за винятком екстреної медичної допомоги до 26 – го тижня вагітності (включно));
- 4.6.4. планових консультацій та обстежень під час вагітності, незалежно від терміну вагітності;
- 4.6.5. переривання вагітності, крім випадків рятування життя Застрахованої особи; обстежень і лікування, пов'язаного з перериванням вагітності або пологами та їх наслідками; пологів;

- 4.6.6. 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;
- 4.6.7. будь-яких операцій, що потребують трансплантації органів та тканин;
- 4.6.8. 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;
- 4.6.9. екстракорпоральних методів лікування;
- 4.6.10. будь-яких послуг, що не є невідкладними з медичної точки зору.
- 4.7. Страховик не відшкодовує адміністративний та сервісний збір закладу охорони здоров'я, будь-які збори, спрямовані в якості благодійної допомоги закладу охорони здоров'я.
- 4.8. 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, але не виключно, про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, та:
- прізвище, ім'я, по батькові, дату народження, фактичне місце проживання, громадянство Страхувальника та Застрахованої особи;
 - інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування, уключаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування);
 - інформацію про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;
 - інформацію про місце роботи Застрахованої особи;
 - інформацію про статус Застрахованої особи (є така особа цивільною чи ні);
 - інформацію про наявність чи відсутність у Застрахованої особи таких захворювань як туберкульоз легень та позалегеневий туберкульоз; хронічна ниркова недостатність, що вимагає проведення гемодіалізу; цироз печінки будь-якої етіології; імунодефіцити (уроджені та набуті), в тому числі ВІЛ (СНІД); алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

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. Ідентифікація та верифікація Страхувальника та Застрахованих осіб здійснюється до або під час укладання договору страхування.

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 страхування вважається укладеним на її користь (якщо Договором страхування не передбачено інше).

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

5.9.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

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

5.10. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика заявою у письмовій формі або у формі електронного документу, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію та вказує банківські реквізити, на які Страховик має повернути сплачену Страхувальником страхову премію за таким Договором страхування.

5.11. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п. 5.9 цих Загальних умов, 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.

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 та Страхувальника, оформлюється додатковою угодою, яка є невід'ємною складовою частиною Договору страхування або ж шляхом припинення Договору страхування та укладання нового Договору страхування.

6.2. У випадку дострокового припинення 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 Договір з урахуванням п. 6.2 цих Загальних умов можливо протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати 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 такого Договору встановлюються в розмірі, визначеному Договором страхування.

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

6.4.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

6.4.3. несплати Страхувальником чергової (крім першої) частини страхової премії в повному обсязі у встановлений Договором страхування строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дня, визначеного Договором страхування;

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

6.4.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.4.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

6.4.7. сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі (ліміту відповідальності) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору страхування;

6.4.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

6.6. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону в термін, що не перевищує 30 (тридцяти) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування. Точна кількість днів визначається Договором 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 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 та заявлених страхових виплат.

6.8. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, 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 такого Договору страхування в розмірі до 60 %, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування та заявлених страхових виплат.

6.11. 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 6.7 цих Загальних умов.

6.12. Повернення платежів здійснюється в термін, що не перевищує 30 (тридцяти) календарних днів (точна кількість днів визначається Договором страхування) після припинення дії Договору.

6.13. 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 настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана до звернення за невідкладною медичною допомогою, зв'язатись зі Страховиком/Асистуючою компанією за координатами, зазначеними у Договорі страхування (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:

7.1.1. прізвище, ім'я та по батькові;

7.1.2. номер Договору страхування;

7.1.3. причину звернення (детальний опис події);

7.1.4. контактний телефон, місцезнаходження.

7.2. Страховик/Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та чинність Договору страхування.

7.3. Повідомити Страховика/Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п.7.1. цих Загальних умов, може довірена особа Страхувальника/Застрахованої особи, їх родичі чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

7.4. Страховик/Асистуюча компанія організує та скоординує надання медичної допомоги, передбаченої Договором 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 Страховика/Асистуючої компанії.

7.5. У виключних випадках, передбачених Договором страхування, 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.

7.6. Якщо Застрахована особа з поважних причин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо) не змогла зв'язатися з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених Договором 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.

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

7.8. Договором страхування може бути передбачена можливість самостійного звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я.

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

8.1. Підтвердження настання страхового випадку здійснюється відповідно до умов Договору страхування та характеру події, що настала.

8.2. Документи, на підставі яких здійснюється підтвердження настання страхового випадку зазначаються в Договорі страхування та обмежуються переліком:

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

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

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

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 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;

8.2.5.3. рецепт на медикаменти та/або засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, ПІБ 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 копія свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із зазначенням частки страхових виплат;

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

8.3. 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.

8.4. 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.

8.5. 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.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. 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 Договорі страхування.

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

особі. Ліміт відповідальності Страховика за послугами, передбаченими програмою страхування, наведено в Додатку 1 до цих Загальних умов.

9.3. 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.

9.4. Страховик може здійснити страхову виплату шляхом:

9.4.1. 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;

9.4.2. 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.

9.5. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України.

9.6. 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.

9.7. 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. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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/Застрахованою особою 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 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/Застрахованою особою неправдивої інформації, документів із завідомо неправдивою інформацією, що стосуються здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи;

10.1.8. відмова від обстеження Страхувальником/Застрахованою особою довіреним лікарем Страховика після отримання травми або розладу здоров'я;

10.1.9. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування;

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

10.1.11. наявність Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача у переліку осіб, які пов'язані із здійсненням терористичної діяльності або якщо до них застосовані санкції, в тому числі санкції Ради національної безпеки і оборони України (РНБО);

10.1.12. інші підстави, визначені законодавством України.

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-pzi@pzi.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. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

(044) 230 84 97 цілодобова багатоканальна лінія

Call center: 311 (з мобільного)

0 800 503 115 (безкоштовно по всій Україні)

13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Дані Загальні умови починають свою дію з «07» квітня 2025 року.

13.2. Строк дії даних Загальних умов необмежений.

13.3. 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:

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

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

13.4. Використання «Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач», «Страхувальник/Застрахована особа», «Страхувальник/Вигодонабувач» означає, що Договором страхування визначаються конкретні особи з переліку осіб зазначених через косу риску.

Додаток 1 до Загальних умов
стандартного страхового продукту
«Медичне страхування іноземних громадян,
що перебувають в Україні»

ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ПРОГРАМАМИ СТРАХУВАННЯ

Послуга	Експрес	Експрес +	Максі	Оптима
для страхової суми 15 000 грн				
Екстрена допомога	5 000 грн	5 000 грн	в межах СС*	0 грн
Невідкладний стаціонар	10 000 грн	в межах СС*	в межах СС*	0 грн
Невідкладна АПД	0 грн	5 000 грн	в межах СС*	0 грн
Медикаменти**	0 грн	0 грн	1 000 грн	0 грн
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	1 000 грн	0 грн
для страхової суми 20 000 грн				
Екстрена допомога	5 000 грн	5 000 грн	в межах СС*	0 грн
Невідкладний стаціонар	15 000 грн	в межах СС*	в межах СС*	0 грн
Невідкладна АПД	0 грн	5 000 грн	в межах СС*	0 грн
Медикаменти**	0 грн	0 грн	1 000 грн	0 грн
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	1 000 грн	0 грн
для страхової суми 35 000 грн				
Екстрена допомога	10 000 грн	10 000 грн	в межах СС*	0 грн
Невідкладний стаціонар	25 000 грн	в межах СС*	в межах СС*	0 грн
Невідкладна АПД	0 грн	5 000 грн	в межах СС*	0 грн
Медикаменти**	0 грн	0 грн	1 000 грн	0 грн
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	1 000 грн	0 грн
для страхової суми 50 000 грн				
Екстрена допомога	10 000 грн	10 000 грн	в межах СС*	0 грн
Невідкладний стаціонар	40 000 грн	в межах СС*	в межах СС*	0 грн
Невідкладна АПД	0 грн	5 000 грн	в межах СС*	0 грн
Медикаменти**	0 грн	0 грн	1 500 грн	0 грн
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	1 500 грн	0 грн
для страхової суми 75 000 грн				
Екстрена допомога	15 000 грн	15 000 грн	в межах СС*	0 грн
Невідкладний стаціонар	60 000 грн	в межах СС*	в межах СС*	0 грн
Невідкладна АПД	0 грн	10 000 грн	в межах СС*	0 грн
Медикаменти**	0 грн	0 грн	1 500 грн	0 грн
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	2 000 грн	0 грн
для страхової суми 100 000 грн				
Екстрена допомога	20 000 грн	20 000 грн	в межах СС*	0 грн
Невідкладний стаціонар	80 000 грн	в межах СС*	в межах СС*	0 грн
Невідкладна АПД	0 грн	10 000 грн	в межах СС*	0 грн

Медикаменти**	0 грн	0 грн	1 500 грн	0 грн
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	3 000 грн	0 грн
для страхової суми в гривневому еквіваленті 30 000 євро				
Екстрена допомога	0 грн	0 грн	0 грн	в межах СС*
Невідкладний стаціонар	0 грн	0 грн	0 грн	в межах СС*
Невідкладна АПД	0 грн	0 грн	0 грн	гривневий еквівалент*** 3 000 євро
Медикаменти**	0 грн	0 грн	0 грн	гривневий еквівалент*** 75 євро
Невідкладна стоматологія	0 грн	0 грн	0 грн	гривневий еквівалент*** 225 євро

* означає в межах страхової суми.

** наведено ліміт відповідальності за кожним страховим випадком. Обмеження за кількістю страхових випадків відсутнє.

***на дату укладання Договору страхування.