



Затверджено рішенням Правління
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 80/2026 від «29» квітня 2026 року

введено в дію наказом
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 75 від «29» квітня 2026 року

Редакція діє з «30» квітня 2026 року

**ОФЕРТА (публічна частина)
Договору медичного страхування
Загальні умови страхового продукту
«Індивідуальне медичне страхування»**

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Договору медичного страхування (далі – Оферта), що містить загальні умови стандартного страхового продукту «Індивідуальне медичне страхування» розроблена у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України, на підставі Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів медичного страхування, затвердженої рішенням Правління №85/2025 від 24.06.2024 р. та внутрішньої Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів у Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «ПЗУ Україна», затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» № 47/2024 від 18.04.2024 р.

1.2. Оферта підписана уповноваженими представниками Страховика із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика <https://pzu.com.ua/admin/upload/2026/oferta-ms-2026-partner.pdf> є офіційною публічною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна» (далі - Страховик), що адресується невизначеному колу клієнтів - дієздатних фізичних осіб (далі - Страхувальники), укласти зі Страховиком договір медичного страхування (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання.

1.3. Договір укладається шляхом приєднання в порядку, передбаченому ст. 634 Цивільного кодексу України, Законами України «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію» з урахуванням особливостей, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та іншими нормативними актами законодавства України.

1.4. Договір укладається відповідно до цієї Оферти, що містить загальні умови стандартного страхового продукту «Індивідуальне медичне страхування», за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик в межах класу страхування - медичне страхування.

1.5. 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>.

1.6. 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.

1.7. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Акцепт (індивідуальна частина) Договору медичного страхування (далі – Акцепт), який містить індивідуальні умови Договору страхування. Направленням Акцепту Страхувальнику

Німець
Мачей
ЕДРПОУ/ІПН
20782312

Маркова
Наталія
Олександрівна
ЕДРПОУ/ІПН
20782312

Підписано у Вчасно

Товариство
«Страхова
компанія
ПЗУ
Україна»
ЕДРПОУ/ІПН
20782312

Страховик вважає себе зобов'язаним, якщо Страхувальник прийме пропозицію укласти Договір страхування шляхом підписання ним Акцепту.

1.8. Страхувальник – фізична особа підписує Договір власноручним підписом, або із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), створеного відповідно до вимог Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги».

1.9. На вказану Страхувальником адресу електронної пошти (або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником) надсилаються Акцепт у форматі .pdf, підписаний Сторонами, та ця Оферта разом з Додатками, що є невід'ємними частинами Акцепту, у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, які разом містять істотні умови договору страхування згідно з законодавством України та підтверджують укладання Договору страхування у формі електронного документа.

1.10. Якщо Акцепт укладений Сторонами у паперовій формі, примірник Акцепту та додатки до нього надаються Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами. Оферта у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, надсилається на вказану Страхувальником адресу електронної пошти або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником.

1.11. Договір вважається укладеним з моменту його підписання Страхувальником та Страховиком.

1.12. Після укладення Договору страхування Страхувальник зобов'язаний оплатити страхову премію відповідно до умов, зазначених в п.1.6. Акцепту.

1.13. Договір страхування складається з цієї Оферти, Акцепту та Додатків до нього, що підписані Сторонами і є невід'ємними частинами Договору.

1.14. 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.

1.15. 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), та/або про розмір страхової премії за договором страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу у Страхувальника і Вигодонабувача а саме:

- відомості про Застраховану особу та/або Страхувальника (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження);

- інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування, включаючи наявність такого інтересу у вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування);

- інформація про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;

- наявність або відсутність захворювань у Застрахованої особи, що є обмеженням страхування та виключенням із страхових випадків;

- наявність станів або хвороб у Застрахованої особи, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

1.16. 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.

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

1.18. У разі зазначення у Договорі страхування Застрахованої особи (та/або Вигодонабувача,) стосовно якої Страхувальник здійснює страхування, Страхувальник повідомляє в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку Застраховану особу (та/або Вигодонабувача) про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така Застрахована особа (Вигодонабувач) протягом 5 (п'яти) календарних днів не повідомить Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь.

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

1.20. Договір страхування містить інформацію, що становить таємницю страхування. Страхувальник підтверджує факт добровільної передачі Страховику/страховому посереднику інформації з обмеженим доступом. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, яка становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб. Страхувальник надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі визначеному законодавством України та на використання Страховиком/страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.

1.21. Поняття і терміни, що вживаються в договорі страхування:

1.21.1. **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.

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

1.21.3. **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.

1.21.4. **Договір страхування (або Договір)** – Договір медичного страхування, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до умов цієї Оферти;

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

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

1.21.7. Медична допомога (МД) – це:

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

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

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

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

1.21.10. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій,

випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.21.20. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування;

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

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

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

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

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

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

1.22. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених таким Договором страхування.

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

2. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

2.1. За Договором на страхування приймаються страхові ризики:

2.1.1. Гостре захворювання;

2.1.2. Загострення хронічного захворювання;

2.1.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

2.2. Страховик відшкодовує витрати, спричинені страховим випадком. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.1.1.-2.1.3. Договору, ризик виникнення якої застрахований за Договором, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування або шляхом оплати їх вартості.

2.3. Якщо подія не визнана Страховиком страховим випадком, то витрати, зазначені в п. 2.2 Договору страхування, не відшкодовуються Страховиком.

3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1.	Договором не покривається ведення одного страхового випадку більше 30 (тридцяти днів), якщо інше не передбачено Варіантом страхування.
3.2.	Якщо інше не передбачено Варіантом страхування, Страховик не організовує та не здійснює фінансування будь-якої діагностики (в тому числі уточнюючої), лікування (в тому числі, призначення схем лікування) та корекції наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
3.2.1.	чоловічої/жіночої безпліддя, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемія, гіперандрогенія, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій;
3.2.2.	папіломавірусних інфекцій, TORCH-інфекцій (токсоплазмозу, цитомегаловірусу, вірусу краснухи, вірусу герпесу), вірусу Епштейн-Барра (окрім випадків діагностики та лікування гострих типових форм - вірусна віспа, краснуха, кір, інфекційний моновірусоз, оперізуючий лишай);
3.2.3.	класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ;
3.2.4.	інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві конділоми, контагіозний молюск, урогенітальний шигельоз тощо; кандидоз, бактеріальний вагіноз, гарднерельоз, лептотрікс;
3.2.5.	запальних захворювань сечостатевої системи у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в п. 3.2.2 – 3.2.4., до моменту надання висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;
3.2.6.	кольпітів, вагінітів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції; цервіцитів, дисплазії епітелію шийки матки, ерозії та псевдоерозії шийки матки та інші;
3.2.7.	пов'язаних з порушеннями обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну та інші);
3.2.8.	вроджених аномалій, вад розвитку, затримки розвитку, спадкових захворювань (генних, геномних, хромосомних); захворювань перинатального періоду та їх наслідків;
3.2.9.	короткозорості (міопії), далекозорості (гіперметропії), астигматизму, катаракти, глаукоми, «комп'ютерного зорового синдрому», синдрому «сухості очей», інших порушень функції зору; халязіон; птеригіуму, пінгвекули;

3.2.10.	психічних, психоневрологічних та психосоматичних захворювань та розладів (в тому числі, депресивних станів, неврозів та інших) та травм, отриманих внаслідок таких захворювань; порушень мови, неврастенії, синдрому хронічної втоми, порушення сну, астено-невротичного синдрому);
3.2.11.	вегето-судинної дистонії, нейроциркуляторної дистонії, дисциркуляторної енцефалопатії, мігрені;
3.2.12.	алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, тютюнової та іншої залежності, абстинентного синдрому, порушення здоров'я внаслідок спроби самогубства та станів (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі шкоди чи тілесних ушкоджень;
3.2.13.	травм, отриманих внаслідок військових дій, Застрахованими особами, які є військовослужбовцями Збройних сил України, добровольцями Сил територіальної оборони, або в іншому статусі приймають участь у бойових діях, воєнних чи військових конфліктах (навіть якщо війну офіційно не було оголошено);
3.2.14.	розладів здоров'я, що настали внаслідок та/або пов'язані з тероризмом, громадськими заворушеннями, страйками;
3.2.15.	вірусного імунодефіциту людини (ВІЛ), в тому числі Синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням, інших імунодефіцитних станів;
3.2.16.	глисних та протозойних інвазій;
3.2.17.	будь-яких функціональних порушень (синдрому подразненого кишківника, диспанкреатизму, дискінезії жовчовивідних шляхів, дисбактеріозу, дисбіозу, диспепсії, функціональних закрепів та інші), окрім лікування курсом до 10 діб у Застрахованих осіб віком до 16 років;
3.2.18.	професійних хвороб, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);
3.2.19.	захворювань, за якими встановлена група інвалідності (I, II, III) чи інвалідності з дитинства;
3.2.20.	променевих уражень в будь-якій формі; кесонної хвороби;
3.2.21.	інфекцій, з приводу яких урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемію (за виключенням ГРВІ та сезонного грипу);
3.2.22.	особливо небезпечних інфекцій (відповідно до переліку, затвердженого діючим наказом МОЗ України, та визначень ВООЗ), їх ускладнень та наслідків;
3.2.23.	хронічних хвороб в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій, або таких, які за характером перебігу не мають вираженої стадій загострення та ремісії;
3.2.24.	іmunної системи;
3.2.25.	алергічних захворювань (алергічний риніт, алергічний дерматит, алергічний кон'юнктивіт тощо), окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (наприклад, набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів);
3.2.26.	ендокринних захворювань (в тому числі захворювань щитоподібної залози), окрім невідкладних станів;
3.2.27.	шкіри та придатків шкіри (а саме псоріаз, екзема, вітіліго, мікози, атопічний дерматит, ламкість та випадіння волосся, себорея будь-якого типу, кератодермія, вугровий висип, акне, розацеа, демодекоз та ін.); короста; педикульоз; порушення потовиділення;
3.2.28.	захворювань зубів та ясен;
3.2.29.	дегенеративних захворювань нервової системи (в т.ч. хвороби та синдрому Паркінсона, хвороби Альцгеймера тощо), системних атрофій центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлії;
3.2.30.	дегенеративно-дистрофічні захворювань опорно-рухового апарату: остеохондроз, остеоартроз, артроз, остеоартрит, остеопороз анкілозуючий спонділоартрит, сколіоз, лордоз кіфоз, кили хребта тощо, окрім надання невідкладної допомоги;

3.2.31.	захворювань суглобів кінцівок (в тому числі їх наслідків): нестабільності суглобів, посттравматичних кіст, окрім випадків наявності гострого запального процесу, коли сплачується консервативне лікування в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення;
3.2.32.	захворювань та станів, що виникли внаслідок самолікування, а також, внаслідок отримання лікування, призначеного особою, яка не має відповідної медичної освіти та/або дозволу (ліцензії) на здійснення медичної практики;
3.2.33.	аутоімунних захворювань, ревматизму, системних захворювань сполучної тканини (вузликовий периартеріт та споріднені стани, інші некротизуючі васкулопатії, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, склеродермія, інші системні ураження сполучної тканини (синдром Шегрена, змішане захворювання сполучної тканини хвороба Бехчета та інш.), серонегативних спондилоартритів;
3.2.34.	виразкового коліту, хвороби Крона (окрім випадків надання невідкладної допомоги);
3.2.35.	криптогенного гепатиту, вірусних гепатитів (крім гепатиту А), мікс-гепатитів, хронічної печінкової недостатності, стеатозу печінки, цирозу печінки;
3.2.36.	злюкисних новоутворень, в тому числі захворювань крові та кровотворних органів;
3.2.37.	доброякісних новоутворень будь-якої локалізації (в тому числі шкіри та підшкірної клітковини), окрім ускладнених випадків (травматичне ушкодження, запалення, абсцес) коли сплачується надання невідкладної допомоги, лікування авсцесу та протизапальна терапія;
3.2.38.	кістозних утворень будь-яких органів, гіперплазії ендометрію, поліпу ендометрію, ендометріозу, ектропіону, лейкоплагії, мастопатії будь-якої форми;
3.2.39.	хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, туберкульозу;
3.2.40.	гематологічних захворювань, пов'язаних з порушенням функції кровотворних органів; анемії будь-якого генезу, окрім постгеморагічної анемії та анемії тяжкого ступеню (hb менше 50);
3.2.41.	дем'єлінізуючих захворювань нервової системи;
3.2.42.	кардіоміопатій, кардіосклерозу, атеросклерозу;
3.2.43.	bronхіальної астми (окрім випадків надання невідкладної допомоги);
3.2.44.	хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність, варикозне розширення вен, інші), окрім гострих станів;
3.2.45.	геморою, окрім виконання тромбоектомії при гострому тромбозі гемороїдальних вузлів та лігування латексними кільцями при кровотечі;
3.2.46.	лікування захворювань та станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.);
3.2.47.	захворювань мигдаликів, аденоїдів (будь-яким методом);
3.2.48.	сечокам'яної, жовчнокам'яної хвороби (окрім випадків надання невідкладної допомоги);
3.2.49.	травм та захворювань, що виникли внаслідок спортивних тренувань та змагань на аматорському або професійному рівні (окрім швидкої невідкладної допомоги);
3.2.50.	захворювання та травми, що виникли поза строком дії Договору, їх ускладнення та наслідки;
3.2.51.	інвазійних та інфекційних хвороб, паразитарних хвороб, зараження якими відбулось за межами території дії Договору.
3.3.	Страховик не здійснює організацію та оплату послуг, підготовки до них, ускладнень та наслідків після їх проведення:
3.3.1.	направлених на штучне запліднення, стерилізацію, процедури запобігання вагітності, проведення тестів на вагітність (окрім проведення тестів в стаціонарних умовах за медичними показаннями), придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей), штучне переривання вагітності (не за медичними показаннями);
3.3.2.	пов'язаних з веденням вагітності, пологів (за винятком невідкладної медичної допомоги, в тому числі при позаматковій вагітності);
3.3.3.	проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів,

	проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
3.3.4.	альтернативних консультацій, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
3.3.5.	реабілітаційного лікування, окрім випадків необхідної реабілітації в цілодобовому стаціонарі після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) днів;
3.3.6.	лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини (гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, діагностика по Фолю, рефлексотерапія, біологічні домішки, гірудотерапія, склеротерапія, озонотерапія, киснетерапія та інше);
3.3.7.	корекції зору будь-якими методами;
3.3.8.	консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом (дані послуги можуть бути надані за рішенням Асистуючої компанії/Страховика в кожному конкретному випадку, переважно для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом);
3.3.9.	перебування та харчування батьків в цілодобовому стаціонарі з дитиною, що є Застрахованою особою за Договором, вік якої на момент госпіталізації складає шість повних років та старше;
3.3.10.	перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
3.3.11.	послуг косметолога, сурдолога, подолога, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога, нарколога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, трихолога; гомеопата, рефлексотерапевта, гірудотерапевта та фахівців нетрадиційної медицини;
3.3.12.	будь-яких косметичних, пластичних чи реконструктивних операцій та процедур (в тому числі пластика носової перетинки, планова герніопластика) їх ускладнень та наслідків, крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями, або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні;
3.3.13.	операційних втручань не за медичними показаннями, їх ускладнень та наслідків;
3.3.14.	трансплантації органів та тканин (в тому числі операції з аутотрансплантації), окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошук, оплата та доставка органів для трансплантації; придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів; будь-яке протезування (в тому числі ендпротезування суглобів), операції на серці, та лікування ускладнень, пов'язаних з ними;
3.3.15.	операцій, що потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовки операції;
3.3.16.	екстракорпоральних методів лікування: плазмофорез, плазмосорбція, аутогемотерапія, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез та інших;
3.3.17.	транспортування в медичний заклад при організації медичної допомоги в плановому порядку та при невідкладній стоматологічній допомозі;
3.3.18.	транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної допомоги;
3.3.19.	надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів міліції, довідок в басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);
3.3.20.	діагностики алергії, в тому числі проведення алергопроб; серологічної діагностики, імунодіагностики (в тому числі проби Манту), визначення гормонального стану;
3.3.21.	ліпідограми;

3.3.22.	оперативних втручань на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);
3.3.23.	будь-яких стоматологічних послуг;
3.3.24.	видалення, промивання сірчаних пробок (окрім випадків захворювання на гострий отит);
3.3.25.	які не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги, та послуг, які не передбачені Варіантом страхування для Застрахованої особи;
3.3.26.	які були отримані без погодження з Асистуючою компанією та/або Страховиком в медичних закладах, з якими Асистуюча компанія не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;
3.3.27.	які були призначені лікарем більше ніж 30 діб тому;
3.3.28.	планового лікування захворювань, наявність яких підтверджена Застрахованою особою відміткою в декларації про стан здоров'я (якщо таку інформацію Страховик запитував при укладанні Договору), протягом двох місяців з дати початку дії Договору;
3.3.29.	лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах, та оформлення документації пов'язаної з відвідуванням цих закладів;
3.3.30.	будь яких видів масажу, фізіотерапевтичних процедур, голкорексфлексотерапії, мануальної терапії;
3.3.31.	послуг та лікування пов'язаних з корекцією фігури, осанки, ходи, зміною ваги;
3.3.32.	проведення оперативного лікування пошкоджень менісків, зв'язок, окрім випадків, коли таке лікування проводиться протягом 24 годин з моменту отримання травми.
3.4.	Страховик не здійснює оплату вартості медичних препаратів та засобів:
3.4.1.	що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (біологічно-активні харчові домішки та інші);
3.4.2.	будь – яких медикаментів, не призначених лікарем;
3.4.3.	будь – яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання;
3.4.4.	засобів особистої гігієни, косметичних засобів (косметичні креми, лосьйони), косметологічних препаратів; лікарських форм (лосьйони, шампуні) та препаратів для профілактики та лікування захворювань шкіри (зинерит, нізорал, еберсепт, дермазол, фрідерм та інші);
3.4.5.	медичного обладнання та інструментарію (окрім одноразового застосування, в кількості, необхідній для проведення медичних маніпуляцій, оперативних втручань), засобів та пристроїв медичного користування різного характеру і призначення, в тому числі бандажів, корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, конструкцій для остеосинтезу (в т.ч. тих, що самостійно розсмоктуються) та фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзерів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена);
3.4.6.	медичного устаткування, обладнання та пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених органів (протезів різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів тощо); окулярів, лінз та розчини і контейнери для них, тренажерів;
3.4.7.	апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), тестів на вагітність;
3.4.8.	засобів догляду: сечо- та калоприймачі, підгузки, одноразовий одяг, одноразові серветки, простиралла, інших;
3.4.9.	вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів, окрім випадків, коли вони є етіологічним лікуванням захворювання або передбачені Варіантом страхування;
3.4.10.	будь яких імуномодуляторів (в т.ч ІРС-19, рибомуніл, імудон, імунал та інші), імунодепресантів (азатиопрін, циклофосфан) та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему;
3.4.11.	будь яких препаратів (в тому числі гормональних, гіпертензивних та інших), що призначаються як замісна та/або довготривала терапія курсом понад 30 днів, незалежно від дози препарату та її можливого корегування;
3.4.12.	гіполіпідемічних препаратів, окрім гострого інфаркту міокарда;
3.4.13.	стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель Герц та інші);
3.4.14.	вакцин, сироваток, антитіл, антигенів, діагностичних реактивів.

3.4.15.	препаратів-аналогів гонадотропін-релізінг-гормону (золадекс, диферелін та інші);
3.4.16.	психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та препаратів;
3.4.17.	бісфосфонатів, тіофосфатів, стимуляторів тканинного обміну; засобів, що впливають на структуру та мінералізацію кісток;
3.4.18.	препаратів, що впливають на метаболічні процеси (актовегін, тівортін, екстракт алое та інші);
3.4.19.	препаратів гепатопротекторної дії; препаратів урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк, хенофальк та інші);
3.4.20.	препаратів, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню;
3.4.21.	препаратів хондропротекторної дії (в тому числі хондроїтину сульфат, глюкозамін);
3.4.22.	препарати, що відновлюють мікрофлору шлунково-кишкового тракту (пробіотики, пребіотики, бактеріофаги);
3.4.23.	препаратів для запобігання вагітності та препаратів, призначених з метою переривання вагітності;
3.4.24.	ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол); стрептокінази, стрептодорнази та їх аналогів (окрім випадків лікування ТЕЛА, тромбозу глибоких вен кінцівок та гострого інфаркту міокарду курсом до 14 днів);
3.4.25.	ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) якщо вони призначені, як підтримуюча терапія (окрім випадків, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання, тоді терапія даними препаратами визнається страховим випадком);
3.4.26.	препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги;
3.4.27.	будь яких гомеопатичних та антигомотоксичних препаратів (в т.ч. іноземного походження Heel, Bittner).

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Строк дії Договору зазначається Сторонами в п.1.5. Акцепту.

4.2. Якщо інше не передбачено в Акцепті, Договір набирає чинності з 00 годин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами) на рахунок Страховика у повному обсязі, визначеному у п. 1.6. Акцепту, та закінчується о 24 годині (за київським часом) дати, що зазначена в п. 1.5. Акцепту як дата закінчення строку дії Договору, за умови сплати Страхувальником страхової премії в розмірі та в строки визначені Договором.

4.3. Договір діє до кінця строку, зазначеного в п. 1.5. Акцепту, в межах різниці між страховою сумою (лімітом відповідальності) і розміром виплачених страхових виплат.

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

4.5. 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:

4.5.1. якщо друга чи наступна частини страхової премії в повному обсязі не надійшла (и) в строки, визначені в п. 1.6. Акцепту як строк сплати частини страхової премії, дія страхового захисту за Договором страхування (зобов'язання Страховика здійснити виплату страхового відшкодування в разі настання страхового випадку) зупиняється після завершення 24 (двадцять четвертої) години (за київським часом) дня, до якого Страхувальник має сплатити частину страхової премії згідно з умовами п.1.6. Акцепту.

4.5.2. у разі сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії впродовж **10 (десяти) календарних днів** після дати, зазначеної в п. 1.6. Акцепту, як дата сплати відповідної частини страхової премії, страховий захист поновлює дію з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.

4.6. З моменту зупинення дії страхового захисту та до моменту відновлення дії страхового захисту, згідно з п.п. 4.5.1. – 4.5.2. Оферти, страховий захист за Договором не діє, і Страховик не несе зобов'язань щодо виплати страхового відшкодування за подіями, що сталися у період зупинення дії страхового захисту за Договором. При цьому, строк дії Договору, зазначений в п. 1.5. Акцепту, не змінюється.

4.7. У випадку прострочення сплати чергової частини страхової премії, у розмірах та в строки, визначені п.1.6 Акцепту, більше, ніж на **10 (десять) календарних днів**, Договір припиняє свою дію без попередження Страховиком Страхувальника з 00 годин 00 хвилин за київським часом **11-го (одинадцятого) календарного дня**, наступного за датою, визначеною як дата сплати відповідної частини страхової премії в п. 1.6. Акцепту.

4.8. Повернення Страхового платежу, сплаченого після закінчення 10-денного терміну, зазначеного у п. 4.7. Оферти, здійснюється Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня отримання від Страхувальника письмової заяви про повернення Страхового платежу за реквізитами, зазначеними у цій заяві.

4.9. Договір діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах території, зазначеної в п. 1.5. Акцепту.

4.10. Страхове покриття не поширюється на окуповані території, в тому числі території Автономної Республіки Крим, на територію/район воєнних або бойових дій, а також на територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України, територію/зону проведення антитерористичної операції, територію/зону проведення операції об'єднаних сил, зону воєнних або збройних конфліктів, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та населенні пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку), Республіку Білорусь, Російську Федерацію.

5. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється за взаємною згодою Сторін та оформлюється Додатковою угодою, яка є невід'ємною складовою частиною Договору страхування з моменту її підписання Сторонами. Будь-які виправлення та/або закреслення в Договорі вважаються недійсними.

5.2. Внесення змін до складу Застрахованих осіб:

5.2.1. внесення змін може здійснюватися у вигляді додавання Застрахованих осіб та/або виключення Застрахованих осіб із складу Застрахованих осіб. Внесення змін можливе з початку чергового страхового періоду. За один страховий період – приймається один календарний місяць (або інший період, за домовленістю Сторін);

5.2.1.1. додавання до списку Застрахованих осіб членів родини Страхувальника, можливо протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дати початку строку дії страхового покриття по відношенню до Страхувальника, членом родини якого вони є, за попереднім погодженням зі Страховиком.

При цьому, членами родини Страхувальника, які можуть бути додатні до списку Застрахованих осіб за попереднім погодженням із Страховиком, є виключно: чоловік, дружина та/або діти Страхувальника у віці від 0 до 60 років.

5.2.1.2. рішення про можливість включення складу Застрахованих осіб членів сім'ї Страхувальника приймається Страховиком за результатами розгляду заповнених **Декларацій про стан здоров'я таких членів сім'ї**. У випадку страхування членів сім'ї у віці від 0 до 1 року Страхувальник зобов'язаний надати виписку з пологового будинку;

5.2.1.3. умови страхування, на яких члени сім'ї Страхувальника включаються до складу Застрахованих осіб, попередньо узгоджуються Страховиком і Страхувальником (з урахуванням інформації про стан здоров'я та вік таких членів сім'ї) та зазначаються у Додатковій угоді;

5.2.1.4. при достроковому припиненні Договору страхування по відношенню до Страхувальника, члени родини якого були включені до складу Застрахованих осіб на умовах п. 5.2.1. Оферти, такі члени родини також одночасно підлягають виключенню зі складу Застрахованих осіб і Договір страхування по відношенню до таких осіб припиняє свою дію з урахуванням п. 5.2.4.;

5.2.2. додавання та виключення Застрахованих осіб здійснюється за письмовою заявою Страхувальника, з обов'язковим погодженням Застрахованих осіб. Страхувальник підтверджує своєю заявою, що отримав згоду на страхування Застрахованих осіб;

5.2.3. при додаванні Застрахованих осіб за кожну додану особу сплачується страхова премія з пропорційного розрахунку, що розраховується за формулою:

$$\text{Prem}_x = \text{Prem}_0 / P / \text{Dper}^* x + \text{Prem}_N$$

де:

Prem0 – річна страхова премія;

P – кількість платіжних періодів зазначена в п.1.6.;

Dper – кількість днів поточного страхового періоду,

x – кількість днів до закінчення поточного страхового періоду;

PremN – страхові платежі за наступні страхові періоди до закінчення строку дії Договору;

5.2.3.1. при додаванні Застрахованих осіб до Договору протягом строку його дії, всі грошові лімітовані опції (стоматологія, індивідуальний ліміт, ліміт на профілактичний огляд тощо) розраховуються пропорційно до кількості днів страхового покриття від дати включення до складу Застрахованих осіб до закінчення дії Договору. Зазначені ліміти не є річними для таких осіб і підлягають перерахунку відповідно до фактичного строку страхування.

5.2.4. виключення Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб вважається достроковим припиненням дії Договору по відношенню до цієї Застрахованої особи. Дію Договору по відношенню до Застрахованої особи може бути припинено за вимогою Страхувальника або Страховика в односторонньому порядку.

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

5.3.1. закінчення строку дії Договору;

5.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем у повному обсязі;

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

5.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

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

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

5.3.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

5.5. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону та Вигодонабувача не пізніше як за **30 (тридцять) календарних днів** до дати припинення дії Договору.

5.6. 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 до **60%** страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.7. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

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

5.9. 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 до **60%** страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.10. 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. 5.9. Оферти.

5.11. Повернення платежів здійснюється протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** після припинення дії Договору.

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

1) договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

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

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

5.14. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п.5.12. 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.

5.15. Валютне застереження та індексація страхової премії.

5.15.1. Сторони погодили, що розмір страхової премії за цим Договором розраховано виходячи з офіційного курсу гривні до євро, встановленого Національним банком України (надалі – НБУ) на дату підписання Договору (далі – Курс НБУ на дату підписання договору). Якщо протягом строку дії Договору офіційний курс гривні до євро, встановлений НБУ, перевищить курс НБУ на дату підписання договору більше ніж на **10 (десять) %**, Сторони зобов'язані протягом **20 (двадцяти) робочих днів** з дня отримання Страхувальником офіційного повідомлення (на електронну пошту) від Страховика переглянути умови Договору та/або перерахувати розмір страхового платежу шляхом укладання Додаткової угоди до Договору.

5.15.2. При цьому:

5.15.2.1. під переглядом умов слід розуміти пропозицією щодо зміни умов покриття за Договором (розширення переліку виключень, зміни класу ЛПУ та/або зменшення переліку ЛПУ, зміни франшизи на медичні препарати, перегляду переліку медичних препаратів, зміни умов організації послуг фізіотерапії тощо).

5.15.2.2. під перерахунком розміру страхового платежу слід розуміти збереження поточних умов покриття за умови сплати додаткової страхової премії на дату здійснення перерахунку за період, що залишився до кінця дії Договору, що розраховується за формулою:

$$\text{СП}_{\text{доп}} = \text{СП}_{\text{річна_залишкова}} * ((\text{Курс}_{\text{новий}} / \text{Курс}_{\text{НБУ на_дату_підписання\ договору}}) - 1)$$

де:

$\text{СП}_{\text{річна_залишкова}}$ – частина річної премії, що припадає на період від дати перерахунку до дати закінчення дії Договору.

$\text{Курс}_{\text{новий}}$ – офіційний курс НБУ на дату направлення офіційного повідомлення.

$\text{Курс}_{\text{НБУ на дату підписання договору}}$ – курс, зафіксований у п. 1.6. Акцепту.

5.15.3. Кожного першого числа кожного наступного кварталу, Страховик перевіряє зміни офіційного курсу, та в разі його відхилення на величину, зазначену у п. 8.15.1. Оферти, надсилає Страхувальнику офіційне повідомлення (на електронну пошту).

5.15.4. Страхувальник зобов'язаний протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати отримання повідомлення від Страховика надати офіційне повідомлення (на електронну пошту), обравши один із запропонованих варіантів.

5.15.5. Після отримання відповіді від Страхувальника, Страховик протягом **5 (п'яти) робочих днів** надсилає Страхувальнику додаткову угоду щодо внесення змін до Договору в залежності від обраного варіанту Страхувальником. Страхувальник зобов'язаний протягом **10 (десяти) робочих днів** підписати додаткову угоду та/або сплатити додаткову страхову премію. У разі не підписання додаткової угоди або несплати додаткової страхової премії у встановлений строк, Договір припиняє свою дію на умовах п. 5.9. цього Договору з 00:00 годин **11 (десятого) робочого дня** з дати направлення Страховиком додаткової угоди Страхувальнику, без необхідності надсилання додаткових повідомлень.

5.16. Застереження про витратність.

5.16.1. Витратність за договором (ВД) розраховується за формулою:

$$\text{ВД} = \text{ВМД} / (\text{ЗСП} * (1 - \text{ВВС})) * 100\%$$

ВМД – сума всіх фактично сплачених та зарезервованих страхових виплат по договору (групі договорів за одним клієнтом/групою клієнтів), грн

ЗСП – зароблена страхова премія за договором (групі договорів за одним клієнтом/групою клієнтів), розрахована як: (річна премія / 365) * кількість днів фактичної дії договору, грн

ВВС - витрати на ведення справи - частка від заробленої страхової премії, що покриває адміністративні та інші витрати Страховика та зазначається в п. 1.8.1. Акцепту, %

5.16.2. Страховик щомісячно, але не раніше ніж через 3 (три) місяці від дати початку дії Договору (групи договорів за одним клієнтом/групою клієнтів), аналізує Витратність за договором (ВД). Якщо ВД перевищує **105%**, Страховик має право ініціювати зміну умов страхування. Сторони погодили, що зазначені в цьому пункті обставини у разі їх виникнення протягом строку дії Договору (групи Договорів за одним клієнтом/групою клієнтів) є новими обставинами, що збільшують потенційний розмір збитків за подіями, що мають ознаки страхового випадку.

5.16.3. У разі виникнення обставин, зазначених у п. 5.16.2. Страховик направляє Страхувальнику офіційну пропозицію (у формі додаткової угоди) про сплату Страхувальником додаткової страхової премії та / або про зміну умов договору (наприклад, збільшення премії, введення або збільшення розміру франшиз, розширення переліку виключень, введення або зменшення лімітів відповідальності тощо).

5.16.4. В разі неукладення додаткової угоди, зазначеної в п.5.16.3. Оферти - не підписання додаткової угоди Страхувальником протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати направлення Страхувальнику письмової вимоги Страховика про укладення відповідної додаткової угоди або несплати додаткової страхової премії у строк встановлений такою додатковою угодою, Страховик має право достроково припинити дію договору у порядку, передбаченому у п. 5.9. Оферти та абз. 4 ч.4 ст.105 Закону України «Про страхування», та/або починаючи з 00:00 годин **11 (одинадцятого) робочого дня** з дати направлення Страхувальнику офіційної пропозиції Страховика про укладення відповідної додаткової угоди відмовити в наданні всіх видів допомоги та послуг, передбачених Варіантом страхування (крім швидкої і невідкладної допомоги).

5.16.5. Зазначене застереження погоджене Сторонами відповідно до ст.212 Цивільного кодексу України.

5.17. Зазначене в п. 5.16 Оферти право Страховика може бути реалізоване не раніше ніж після перших 3 (трьох) повних місяців дії Договору.

5.18. Попереднє погодження. Підписуючи цей Договір, Страхувальник надає свою безвідкличну згоду на застосування Страховиком механізмів, описаних в п.п. 5.15 – 5.17, та підтверджує, що жодних додаткових погоджень для їх реалізації не потребується.

6. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Страхова сума, розмір якої визначається за домовленістю між Страховиком і Страхувальником під час укладання Договору страхування, зазначається в п. 1.6. Акцепту.

6.2. Страхова сума встановлюється щодо Застрахованої особи. Розмір страхової суми зазначається у п.1.6. Акцепту.

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

6.4. Ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків зазначено в Додатку 1 до Акцепту (Варіант страхування).

6.5. Договором передбачена власна участь Страхувальника у відшкодуванні збитку - франшиза. Детальна інформація про розміри франшиз зазначена в Додатку 1 до Акцепту (Варіант страхування).

6.6. Страховий тариф, розмір страхової премії та строки сплати страхової премії зазначаються в п. 1.6. Акцепту, відповідно до обраних Страхувальником умов страхування.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник має право:

7.1.1. до укладання Договору страхування отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору страхування, інформацію про Страховика, страхового посередника (якщо Договір

страхування укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України;

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

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

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

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

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

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

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

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

7.2.4. 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 Договору страхування, і якщо така Застрахована особа (Вигодонабувач) протягом 5 (п'яти) календарних днів не повідомить Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь.

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

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

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

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

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

7.3. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:

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

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

7.3.3. 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;

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

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

7.3.6. 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 інформація, яка пов'язана із настанням випадку, що має ознаки страхового, Страховику або Асистуючій компанії;

7.3.7. 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;

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

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

7.3.10. 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;

7.3.11. повернути страхову виплату (або відповідну її частину) у разі:

- встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково звільняють/позбавляють Страхувальника або Застраховану особу (чи Вигодонабувача) права отримати таку страхову виплату;
- проведення виплат за випадками, що відбулися в межах страхового періоду за умови, що не було сплачено страхову премію в розмірі, передбаченому п.1.6. Акцепту, на вимогу Страховика, що передбачено п. 7.4.9. Оферти;

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

7.3.13. надати документи для проведення його ідентифікації та верифікації, у випадках передбачених законодавством України в тому числі з метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

7.3.14. у випадку страхування родичів надати виписку з пологового будинку від 0 до 1 року та декларацію про стан здоров'я, якщо вік Застрахованої особи від 1 до 65 років.

7.4. Страховик має право:

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

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

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

7.4.4. відстрочити страхову виплату у випадках, передбачених Договором або законодавством України;

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

7.4.5.1. не повністю з'ясовані обставини випадку або обставини, які підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи або іншої особи на страхову виплату, - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на **90 (дев'яносто) календарних днів** з дати отримання останнього документу, необхідного для з'ясування обставин та здійснення страхової виплати;

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

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

7.4.7. при укладенні Договору призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи;

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

7.4.9. вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи (чи Вигодонабувача) повернення страхової виплати (або відповідної його частини):

- за наявності встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково звільняють позбавляють Страхувальника або Застрахованої особи (чи Вигодонабувача) права отримати таку страхову виплату;

- у випадку несплати страхової премії в розмірі та в строки, передбачені в п.1.6. Акцепту. У такому випадку Страхувальник повертає Страховику протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання письмової вимоги усі фактичні страхові виплати здійснені Страховиком за несплачений період дії Договору;

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

7.4.11. на зміну категорії медичних установ протягом дії Договору. З актуальним списком Страхувальник/Застрахована особа може ознайомитися на веб-сайті Страховика за посиланням: <https://www.pzu.com.ua/admin/upload/2025/perelik-LPZ.xlsx>;

7.4.12. Страховик, як суб'єкт первинного фінансового моніторингу, має право витребувати 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

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

7.5. Страховик зобов'язаний:

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

7.5.2. 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;

7.5.3. якщо умовами Договору на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за таким Договором, отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи;

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

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

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

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

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

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

7.5.9.1. 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;

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

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

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

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

8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ/ЗБИТКУ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.5.1. касовий (фіскальний) чек;

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

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

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

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

8.3. Всі документи мають бути надані Страховику не пізніше ніж протягом **30 (тридцяти) календарних днів** з дня отримання послуги, у вигляді оригіналів або належним чином завірених копій. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, а також документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, підтверджений фіскальним чином 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.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6.3. страхової виплати законним представникам неповнолітньої Застрахованої особи.

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

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

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

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

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

10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана до звернення за медичною або іншою допомогою, зв'язатись зі Страховиком/Асистуючою компанією за вказаними в Договорі контактами (за винятком надзвичайних обставин (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 або Посвідчення Застрахованої особи (сертифікату, полісу, свідоцтва, сервісної картки тощо);
- місце роботи Застрахованої особи;
- причину звернення (детальний опис події);
- контактний телефон, місцезнаходження.

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

10.3. Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та перевіряє чинність Договору.

10.4. Повідомити Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п.10.1. Оферти, може довірена особа Страхувальника/Застрахованої особи, їхні родичі чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

10.5. Страховик/ Асистуюча компанія організує та координує надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування та, у разі необхідності, скеровує Страхувальника/Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я, з якими співпрацює Асистуюча компанія, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистуючої компанії.

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

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

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

10.9. У випадку відсутності в місці перебування Застрахованої особи закладів охорони здоров'я, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги,

про що вона попереджає Страховика/ Асистуючу компанію за телефоном або іншим зручним засобом зв'язку. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи на умовах, визначених Договором.

10.10. В разі самостійної оплати медичних послуг з поважних причин Страхувальник/Застрахована особа повинен надати Страховику документи визначені в п.8.2. Оферти.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:

11.1.1. 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;

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

11.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (в тому числі подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я Застрахованої особи на час укладання Договору), або про факт настання страхового випадку;

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

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

11.1.6. недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, передбаченого даним Договором без поважних на це причин;

11.1.7. недотримання Застрахованою особою режиму лікувального (профілактичного) закладу, призначеного лікування без поважних на це причин;

11.1.8. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

11.1.9. отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не передбачені Варіантом страхування та/або не були рекомендовані, схвалені письмово посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;

11.1.10. отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не передбачені чинним протоколом МОЗ України та міжнародним клінічним протоколом, для діагностики та лікування захворювань;

11.1.11. спілкування Застрахованої особи з координаторами Асистуючої компанії з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови (крім випадків організації невідкладної допомоги);

11.1.12. використання індивідуальної пластикової /електронної картки особою, яка не є власником, з метою отримання медичних послуг;

11.1.13. подання застрахованою особою документів на відшкодування вартості абонементів та витрат на благодійну допомогу;

11.1.14. інші підстави, визначені законодавством.

12. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

12.1. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором, 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.

12.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування 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.

12.3. Страховик несе майнову відповідальність за невиконання зобов'язання з виплати страхового відшкодування шляхом сплати штрафу у розмірі **0,01%** від суми не виконаного або неналежно виконаного зобов'язання.

12.4. Сторона 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 forpzu@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 «Індивідуальне медичне страхування» в тому числі Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Індивідуальне медичне страхування» (<https://pzu.com.ua/admin/upload/2026/inform-doc-ms-2026-partner.pdf>), інформацію про Страховика та іншу інформацію, передбачену ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (<https://www.pzu.com.ua/about/public-info.html>);

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. 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.

14.5. 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:

14.5.1. 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 кур'єром (якщо інше не передбачено Договором для конкретного випадку).

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

14.5.3. 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.

14.5.4. 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.

14.5.5. У разі зміни банківського рахунку для сплати страхових премії (якщо умовами Договору страхування передбачено сплату страхової премії періодичними платежами) Страховик повідомляє про це



Страховальника засобами електронного зв'язку, зазначеними Страховальником в Акцепті при укладенні Договору страхування та/ або направленням письмового повідомлення на адресу, вказану Страховальником.

14.6. У випадках, не врегульованих Договором, Сторони керуються законодавством України.

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

15.1. Контактні дані Асистуючої компанії для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку:

ТОВ "СОС Сервіс Україна"

Call center: 311

0 800 503 115 (безкоштовно по всій Україні)

(044) 230 84 97 цілодобова багатоканальна лінія

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

Email: med@sos-service.com.ua 044) 230-84-97

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, for-pzu@pzu.com.ua

Голови Правління

Мачей Шишко

Член Правління

Наталія Маркова

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)
Оферта_Індивідуальне Медичне Страхування_2026.pdf
Номер документа: 75

Документ відправлено: 10:06 30.04.2026

Відправник документу

Електронний підпис

10:06 30.04.2026
ЄДРПОУ/ІПН: 20782312
Юр. назва: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПЗУ УКРАЇНА"
Член Правління: Маркова Наталія Олександрівна
Час перевірки КЕП/ЕЦП: 10:05 30.04.2026
Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє
Серійний номер: 2DBD5940D955E12A04000000E47204009FB41700
Тип підпису: кваліфікований
Тип сертифікату: кваліфікований

Електронна печатка

10:06 30.04.2026
ЄДРПОУ/ІПН: 20782312
Юр. назва: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ПЗУ Україна"
Власник ключа: Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ПЗУ Україна"
Час перевірки КЕП/ЕЦП: 10:06 30.04.2026
Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє
Серійний номер: 2DBD5940D955E12A04000000761A0000A14D1800
Тип підпису: кваліфікований
Тип сертифікату: кваліфікований

Електронний підпис

12:21 30.04.2026
ЄДРПОУ/ІПН: 20782312
Юр. назва: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПЗУ УКРАЇНА"
Голова Правління: Шишко Мачей
Час перевірки КЕП/ЕЦП: 12:21 30.04.2026
Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє
Серійний номер: 2DBD5940D955E12A040000008E300100C13F3100
Тип підпису: кваліфікований
Тип сертифікату: кваліфікований