

1. Дана публічна оферта (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО» (код ЄДРПОУ – 31650052, надалі - Страховик), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі - Клієнти), укласти із Товариством договір добровільного медичного страхування (далі – Договір страхування), згідно Страхування майнових інтересів Страхувальника здійснюється відповідно до чинного законодавства, ліцензії АЕ № 293943 від 31.07.2014 р. і Правил № 02-02 «Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» - надалі «Правила».
2. Предметом цього Договору є майнові інтереси Застрахованих осіб, які не суперечать законодавству України і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.
3. Страхування здійснюється у відповідності до Умов добровільного медичного страхування, які є невід'ємною частиною цієї публічної Оферти (Додаток № 1 до Договору).
4. У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Клієнтом вважається підписання Клієнтом, шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, отриманого на засіб мобільного зв'язку), Акцепту Договору добровільного медичного страхування (далі – Акцепт) на сайті ТОВ «ХЕЛСІ ЮА» (helsi.me). Виконання зазначеної дії означає прийняття Клієнтом усіх умов цієї Оферти і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.
5. Договір страхування набуває чинності з моменту сплати Клієнтом страхового платежу (премії) в повному обсязі на поточний рахунок Страховика. Страховий захист за Договором починається з 00:00 годин дня, наступного за днем сплати Клієнтом вказаного страхового платежу (премії), при цьому датою оплати Клієнтом страхового платежу(премії) вважається дата надходження грошових коштів на рахунок Страховика.
6. Після здійснення Акцепту та набрання договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує повідомлення про підтвердження укладення договору страхування (в електронній формі) на електронну адресу вказану в Акцепті.
7. Акцепт заповнюється на сайті (helsi.me) шляхом використання даних введених Клієнтом. Підписаний Клієнтом Акцепт, у спосіб передбачений цією Офертою, прирівнюється до письмової заяви на страхування.
8. Договір страхування вважається підписаним уповноваженим представником Страховика шляхом проставлення підпису та печатки на даній Оферті. Договір страхування вважається підписаним Клієнтом шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (введення паролю, надісланого на засіб мобільного зв'язку Клієнта).
9. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої виниклої необхідності відтворити Договір страхування на паперовий носій. На письмову вимогу однієї з Сторін Договір страхування виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін. У випадку якщо одна з Сторін відмовляється підписувати Договір страхування, такий спір передається на розгляд суду.
10. Дата, час, порядок акцепту, повідомлення про підтвердження укладення договору страхування (в електронній формі) та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про умови виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігається в електронній базі Страховика.
11. Зміна Договору страхування, а також його розірвання здійснюється на підставі заяви страхувальника, поданої у письмовому чи у електронному вигляді шляхом направлення на електронну пошту Страховика.
12. У всьому іншому, що не викладено і не врегульоване умовами даної Оферти, Сторони керуються умовами Правил, які розміщені на сайті (www.vuso.ua).
13. Дана Публічна Оферта для укладення договору дійсна з 04 квітня 2018 року та є безстроковою.

ПрАТ «СК «ВУСО»

03680, Україна, м. Київ, вул. К.Малевича, 31,
п/р 26506000000761 в ПАТ «УКРСОЦБАНК»,
МФО 300023
код ЄДРПОУ 31650052
тел.: 044-500-37-73



**в.о. Голови Правління
ПрАТ «СК «ВУСО»**

А.В. Артюхов

Умови добровільного медичного страхування

1. Визначення термінів.

- 1.1. **Ліміт відповідальності (надалі - Ліміт)** - максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений, в рамках цього Договору, для конкретних Застрахованих осіб за окремими Програмами страхування (видами медичних послуг) та/або на один Страховий випадок;
- 1.2. **Відділ медичного страхування** - цілодобова служба з надання лікарями-координаторами Страховика консультативної, інформаційної та організаційної допомоги Застрахованим особам, при необхідності одержання ними Медичних послуг.
- 1.3. **Страховий акт** - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку і визначення розміру Страхової виплати, та є підставою для здійснення Страхової виплати. Страховий акт складається згідно з документами про медичні та інші послуги, надані Застрахованій особі, на підставі цього Договору
- 1.4. **Розлад здоров'я ЗО (захворювання)** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму ЗО.
- 1.5. **Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.
- 1.6. **Медичні послуги** - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також, якщо це передбачено умовами Договору, надання медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для лікування Застрахованої особи. Вартість Медичних послуг, наданих Застрахованій особі, згідно з умовами страхування, передбаченими Договором для цієї особи, сплачується (відшкодовується) за рахунок Страховика.
- 1.7. **Профілактичний огляд** – це комплекс медичних заходів (огляд лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження тощо), з метою запобігання розвитку захворювань та/або виявлення первинного захворювання з метою запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.
- 1.8. **Стаціонарна допомога** – надання Медичних послуг ЗО на території медичної установи протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години. Госпіталізація ЗО до медичної установи може бути здійснена в ургентному (Невідкладному, Екстремому) або Плановому порядку.
- 1.9. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – медична допомога, що надається ЗО, коли та не перебуває на лікуванні в умовах стаціонару .
- 1.10. **Денний стаціонар** – вид медичної допомоги для осіб, які потребують інтенсивного амбулаторного лікування і спостереження медичним персоналом, без потреби цілодобового перебування в умовах стаціонару;
- 1.11. **Стоматологічна допомога** – вид спеціалізованої медичної допомоги, що надається при захворюваннях і пошкодженнях зубів, щелеп та інших органів порожнини рота і щелепно-лицьової області. Стоматологічна допомога включає терапевтичну, ортопедичну і хірургічну стоматологію.
- 1.12. **Програма страхування** – перелік видів медичних послуг, що надаються в рамках амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, стоматологічної допомоги, згідно з умовами Договору, та вартість яких відшкодовується Страховиком. Програми страхування зазначаються у Додатку №2 до цього Договору та є його невід'ємною частиною.
- 1.13. **Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони тощо), призначені лікуючим лікарем або такі, що використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій та спрямовані на діагностику або лікування встановленого захворювання (за умови наявності Страхового випадку, згідно умов Договору) та передбачені Стандартами діагностики та лікування, Протоколами Міністерства охорони здоров'я України.
- 1.14. **Нещасний випадок** – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини, з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи людини сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування.
- 1.15. **Професійні хвороби (професійна патологія)** - це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Діагностика та встановлення первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами чинного законодавства України.

- 1.16. Критичний медичний стан** – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєво важливих функцій організму людини (в першу чергу, діяльність дихальної та серцево-судинної систем організму).
- 1.17. Невідкладний стан людини** - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.
- 1.18. Екстрена (Невідкладна) медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному або критичному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.
- 1.19. Планова медична допомога (Планова допомога)** - комплекс медичних послуг, які надаються Застрахованій особі за умов, коли немає безпосередньої загрози її життю і здоров'ю, але необхідні певні дії щодо поліпшення стану здоров'я Застрахованої особи.
- 1.20. Невідкладне стаціонарне лікування** – надання медичної допомоги Застрахованій особі в умовах стаціонару у зв'язку із Розладом здоров'я, що потребує цілодобового інтенсивного лікування і догляду або цілодобової спеціалізованої медичної допомоги.
- 1.21. Планове стаціонарне лікування** – надання медичної допомоги Застрахованій особі в умовах стаціонару у зв'язку з розладом здоров'я, що не потребує надання невідкладної медичної допомоги, та за умови неефективності лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах.
- 1.22. Гострий біль** – суб'єктивне відчуття людини, яке виникає раптово, у зв'язку з Розладом здоров'я, різко погіршує загальний стан людини, заважає її нормальній працездатності.
- 1.23. Вперше виявлене захворювання** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини, не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.
- 1.24. Гостре захворювання (Раптове захворювання)** – раптове погіршення самопочуття людини, яке має яскраво виражені симптоми (наприклад, ГРВІ). Певна частина гострих захворювань має здатність переходити в Хронічні захворювання, завдяки таким факторам як: особливості імунної системи, особливості збудника хвороби, несприятливі умови зовнішнього середовища, неадекватне або несвоєчасне лікування;
- 1.25. Хронічне захворювання** – тривале захворювання, яке, з моменту його виникнення, супроводжує людину протягом її життя. Характеризується повільними прогресуючими негативними змінами в організмі людини. Як правило, хронічне захворювання характеризується циклічністю протікання: періоди загострень (більший прояв вже існуючих симптомів хвороби та/або поява нових) змінюються періодами ремісії (зменшення проявів хвороби, інколи, до повного зникнення ознак хвороби).
- 1.26. Компенсація** - стан повного або часткового заміщення функцій пошкоджених систем, органів та тканин організму за рахунок компенсаторних процесів (інших органів і систем організму людини).
- 1.27. Декомпенсація (некомпенсовані форми захворювання)** - порушення діяльності тканин(и) організму, органу та/або системи органів, як наслідок порушення діяльності всього організму людини в цілому, за рахунок порушень механізмів компенсації. Стан декомпенсації проявляється вираженими клінічними проявами захворювання та/або критичними станами.
- 1.28. Медична установа (заклад)** – заклад охорони здоров'я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг з реабілітації і т.д. Якщо інше не передбачено Договором, до медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри та інші заклади та установи, в тому числі оздоровчо-профілактичні (басейни, тренажерні зали тощо), з якими Страховик та/або Асистанська компанія уклали Договори про обслуговування Застрахованих осіб.
- 1.29. Базовий медичний заклад (Базова аптека)** – медичний заклад, із яким Страховиком укладено договір щодо надання платних Медичних послуг Застрахованій особі та який визначено, як пріоритетний медичний заклад для надання медичних послуг за обраною Програмою страхування.
- 1.30. Індивідуальна картка ЗО (Картка ЗО)** – документ на фізичному або електронному носії, складений за формою, визначеною Страховиком, та згідно з яким проводиться ідентифікація Застрахованої особи в медичному закладі (аптеці).
- 1.31. Медичне транспортування ЗО** – перевезення ЗО за допомогою спеціально обладнаного транспортного засобу, за медичними показаннями у медичний заклад для надання медичної допомоги. Таке транспортування здійснюється у супроводі медичного працівника.
- 1.32. Клас медичних установ** – відповідний ціновий рівень медичних установ, визначений Страховиком у відповідності до Програм страхування.
- 1.33. Компетентні органи** - державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання

офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку; юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що випливають із Договору. Компетентними органами, зокрема, вважаються: правоохоронні органи, медичні установи, суди тощо.

2. Обмеження страхування. Виключення зі Страхових випадків, якщо інше не передбачено Програмою страхування конкретних ЗО

2.1. Застрахованими особами не можуть бути:

- 2.1.1. Особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;
- 2.1.2. хворі на психічні захворювання, порушення мозкового кровообігу, пухлини головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію;
- 2.1.3. інваліди I групи;
- 2.1.4. особи, визнані інвалідами з дитинства;
- 2.1.5. ВІЛ – інфіковані та/або хворі на СНІД;
- 2.1.6. хворі на тяжкі (некомпенсовані) форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем та/або органів організму людини).
- 2.1.7. Особи, що не досягли віку в 1 рік, чи старші 55 років

3. Картка Застрахованої особи

- 3.1. Протягом 7 (семи) робочих днів після сплати Страхувальником страхового платежу (його першої частини), Страховик видає Страхувальнику Картки ЗО, що засвідчують право ЗО на отримання медичних послуг згідно з обраною Програмою страхування та відповідно до умов цього Договору. При припиненні дії Договору з будь-яких причин Страхувальник повертає Страховику відповідні Картки ЗО протягом 7 (семи) робочих днів з дня виключення таких осіб зі списку.
- 3.2. При втраті Картки ЗО, остання зобов'язана протягом 1 (однієї) доби з моменту встановлення факту такої втрати, сповістити про це Страховика - для анулювання втраченої Картки ЗО. Втрачена Картка ЗО вважається недійсною і замінюється Страховиком на дублікат (нову Картку ЗО з іншим індивідуальним номером) протягом 14 робочих днів.
- 3.3. Картка ЗО не може використовуватись іншими особами з метою отримання ними Медичних послуг за цим Договором.

4. Права та обов'язки Сторін

4.1. Страхувальник має право:

- 4.1.1. перевіряти виконання Страховиком умов цього Договору, в тому числі отримувати у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;
- 4.1.2. вимагати від Страховика своєчасного проведення Страхових виплат та організації надання Застрахованим особам медичних послуг на умовах, передбачених цим Договором;
- 4.1.3. за згодою Страховика, розширити обсяг Програми страхування та/або підвищити розмір Страхової суми (Лімітів) шляхом внесення змін до цього Договору, а також після сплати у повному обсязі додаткового страхового платежу, вказаного у додатковій угоді до цього Договору;
- 4.1.4. достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором;
- 4.1.5. у разі відмови Страховика здійснити Страхову виплату, вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин такої відмови;
- 4.1.6. на отримання дублікату Договору, у разі втрати оригіналу. При цьому, після видачі дублікату, оригінал Договору втрачає свою юридичну силу;
- 4.1.7. отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов надання Застрахованим особам медичних послуг, передбачених Договором.

4.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 4.2.1. ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та даним Договором;
- 4.2.2. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі, протягом строку дії Договору, інформувати Страховика про фактори, які об'єктивно підвищують ступінь страхового ризику, зокрема, погіршення умов праці ЗО, встановлення ЗО певної групи інвалідності, встановлення професійного захворювання ЗО тощо;
- 4.2.3. своєчасно вносити страхові платежі (їх частини) у розмірах, встановлених цим Договором;
- 4.2.4. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;
- 4.2.5. ознайомити Застрахованих осіб з умовами цього Договору та отримати у Застрахованих осіб згоду бути застрахованими за його умовами.

4.3. Застрахована особа зобов'язана:

- 4.3.1. піклуватися про збереження Картки ЗО і не передавати її іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;
- 4.3.2. повідомити Відділ медичного страхування про подію, яка може бути визнана Страхувальником випадком, у строк, передбачений цим Договором.
- 4.3.3. виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів медичних закладів та лікарів – координаторів Відділу медичного страхування;
- 4.3.4. вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання Страхувальником випадку;
- 4.3.5. дотримуватися правил розпорядку і режиму роботи лікувальних установ, які надають медичні послуги ЗО.

4.4. Страхувальник має право:

- 4.4.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладанні цього Договору.
- 4.4.2. у випадку підвищення ступеня страхового ризику, запропонувати Страхувальнику внести зміни в Договір, включаючи умови збільшення розміру страхового платежу;
- 4.4.3. Вимагати від ЗО, для уточнення діагнозу ЗО, додаткові медичні документи, а також направити ЗО до Договірної медичної установи Страхувальника з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;
- 4.4.4. У разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини Страхувальником випадку;
- 4.4.5. Протягом 3 (трьох) років з дня здійснення Страхувальником виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України;
- 4.4.6. Відмовити у Страхувальником виплаті у випадках, передбачених Договором;
- 4.4.7. Достроково припинити дію Договору, згідно його умов.

4.5. Страхувальник зобов'язаний:

- 4.5.1. Ознайомити Страхувальника (ЗО) з умовами Договору та Правилами страхування;
- 4.5.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхувальником випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхувальником виплати;
- 4.5.3. Здійснювати Страхувальником виплати в порядку, передбаченому цим Договором;
- 4.5.4. Не розголошувати відомості про ЗО, щодо стану їх здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 4.5.5. За заявою Страхувальника (ЗО), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страхового ризику, переукласти з ним Договір або укласти Додаткову угоду до Договору, із врахуванням зміни ступеню страхового ризику;
- 4.5.6. У випадку звернення Страхувальника з приводу втрати примірника Договору протягом строку його дії, оформити та видати дублікат втраченого документу;
- 4.5.7. У випадках звернення ЗО з приводу втрати Картки ЗО, оформити та видати дублікат Картки ЗО у строк, визначений Договором, відповідно до п. 3.2.

5. Дії ЗО у разі настання події, що може бути визнана як Страхувальником випадок.

5.1. Дії Застрахованої особи у разі настання події, що може бути визнана як Страхувальником випадок за добровільним медичним страхуванням:

- 5.1.1. В випадку необхідності отримання Медичних послуг внаслідок Розладу здоров'я, що передбачені програмою страхування, ЗО самостійно записується на прийом до обраного лікаря через систему Helsi.me чи реєстратуру закладу охорони здоров'я державної форми власності. Після проведення консультації ЗО зобов'язана зателефонувати до Відділу медичного страхування для одержання всієї необхідної інформації з приводу подальшого надання Медичних послуг. Таке звернення від імені ЗО може бути здійснено членами сім'ї ЗО, колегами по роботі, знайомими або іншими особами (в залежності від стану здоров'я ЗО). При такому зверненні, ЗО безкоштовно, в межах залишку її Страхувальником суми (Залишку Ліміту – в випадку, якщо такий визначений програмою страхування) за Договором, отримує необхідні медичні послуги, згідно з її Програмою страхування. Страхувальник залишає за собою право вибору медичної установи з наявної мережі партнерів, перелік яких розміщений <https://vuso.ua/>, при цьому ЗО зобов'язана чітко виконувати інструкції співробітників Відділу медичного страхування.
- 5.1.2. При зверненні ЗО (її представника), лікар-координатор Відділу медичного страхування проводить ідентифікацію ЗО та чинність Договору щодо неї, надає медичні консультації, та, у разі необхідності, організовує необхідні медичні послуги (медикаменти) згідно Програми страхування. При цьому, ЗО зобов'язана виконувати отримані інструкції.
- 5.1.3. При зверненні до Відділу медичного страхування, ЗО (її представник) має надати наступну інформацію:
 - 5.1.3.1. Прізвище, Ім'я, По-батькові ЗО;
 - 5.1.3.2. індивідуальний номер Картки ЗО;
 - 5.1.3.3. адресу місця знаходження ЗО;
 - 5.1.3.4. контактний телефон (на вимогу лікаря – координатора);

5.1.3.5. причину звернення;

5.2. Організація медичних послуг проводиться наступним чином:

5.2.1. Для організації обстеження за призначенням лікаря в амбулаторно-поліклінічних умовах ЗО повинна:

5.2.1.1. зателефонувати до Відділу медичного страхування протягом 24 годин з моменту проведення консультації та повідомити про настання випадку, що може бути визнаний, як Страховий;

5.2.1.2. протягом 48 годин з моменту проведення консультації надати наступні документи:

- консультативний висновок лікаря з обов'язковим зазначенням діагнозу та рекомендованого обстеження

5.2.1.3. Документи можуть бути надані Страховику наступним чином:

- через сервіс Viber за номером +38067 620 90 381;

- на електронну скриньку med@vuso.ua;

- особисто, за адресою Страховика.

5.2.2. Організація обстеження проводиться протягом 1 (одного) робочого дня в мережі медичних установ-партнерів Страховика на умовах, передбачених Програмою ЗО.

5.2.3. При організації додаткових послуг, що передбачені Програмою страхування, в випадку неможливості з'явитись на час запису для отримання послуги (діагностики на базі приватних медичних закладів), ЗО зобов'язана негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше, ніж за 4 (чотири) години до призначеного часу, попередити Відділ медичного страхування про такі обставини.

5.2.4. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання Страхового випадку та розмір витрат на Медичні послуги, отримані ЗО, а також направляти ЗО до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану здоров'я ЗО.

6. Порядок та умови здійснення Страхової виплати. Підстави для затримання Страхової виплати. Підстави для відмови у Страховій виплаті

6.1. Порядок та умови здійснення Страхової виплати.

6.1.1. Згідно з цим Договором, Страховик здійснює Страхову виплату безпосередньо медичним закладам, що надали ЗО послуги, передбачені цим Договором, у разі, якщо організація надання ЗО медичних послуг здійснювалась працівниками Відділу медичного страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують необхідність надання ЗО відповідних медичних послуг, факт їх отримання та вартість цих послуг, при цьому заявою на отримання страхової виплати, у випадку здійснення страхової виплати на рахунок медичного закладу, є рахунок, виставлений таким медичним закладом;;

6.1.2. При здійсненні виплат, розрахунки Страховика із Договірними медичними закладами здійснюються у строки та за документами, що підтверджують необхідність та факт отримання ЗО медичних послуг (медикаментів) та їх вартість, що погоджені в рамках договорів, укладених Страховиком з відповідними медичними закладами, які надають медичні послуги Застрахованим особам.

6.1.3. Рішення Страховика щодо Страхової виплати:

6.1.3.1. Рішення про здійснення Страхової виплати приймається Страховиком у строки, що погоджені в рамках договорів, укладених Страховиком з відповідними медичними закладами, які надають медичні послуги Застрахованим особам.

6.1.3.2. Рішення про відмову у Страховій виплаті приймається Страховиком у строки, що погоджені в рамках договорів, укладених Страховиком з відповідними медичними закладами, які надають медичні послуги Застрахованим особам.

6.1.4. Розмір Страхової виплати визначається виходячи з розміру фактичних витрат на надання Медичних послуг Застрахованій особі, попередньо погоджених з Відділом медичного страхування (відповідно до послуг, лімітів відповідальності та класу медичних закладів, передбачених Програмою страхування).

6.1.5. Після здійснення кожної Страхової виплати, Страхова сума для відповідної ЗО або Ліміт (якщо такий передбачений щодо послуг, за якими була здійснена виплата) зменшується на суму такої виплати.

6.1.6. Загальна сума Страхових виплат, здійснених по кожному Страховому випадку ЗО, передбаченому цим Договором, не може перевищувати загального розміру Страхової суми, встановленої цим Договором для відповідної ЗО.

6.1.7. Здійснення страхових виплат проводиться виключно шляхом перерахування коштів на рахунок медичного закладу, яким були надані послуги, в розмірі вартості наданих медичних послуг за замовленням Страховика.

6.1.8. Медичні послуги, що передбачені Програмою страхування, але були оплачені самостійно, відшкодуванню не підлягають.

6.1.9. При відсутності можливості для організації необхідного обстеження в медичних закладах, що передбачені програмою страхування за рівнем категорії, послуги можуть бути організовані в установах більш високої категорії, при цьому Страховиком проводиться оплата на рівні вартості послуг в установах передбачених програмою страхування за категорією, а різниця між фактичною вартістю послуги та вартістю, що сплачує Страховик, повинна бути оплачена ЗО самостійно безпосередньо в медичному закладі.

6.1.10. Здійснення страхових виплат проводиться виключно у національній валюті України.

- 6.1.11. Страховик має право затримати здійснення Страхової виплати, якщо мають місце обґрунтовані сумніви з приводу відповідності обставин події ознакам Страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті, на строк, необхідний для встановлення істини, щодо дійсних обставин події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.
- 6.1.12. Якщо щодо Застрахованої особи укладено два Договори страхування (за програмами «Стандарт +» та «Діагностика +» або «Стандарт» та «Діагностика») та Договір, укладений за програмою «Діагностика +» або «Діагностика» щодо такої Застрахованої особи є виконаним у повному обсязі, Страховик в межах страхової суми, встановленої у Договорі, укладеному за програмою «Стандарт +» або «Стандарт», забезпечує організацію надання та оплату діагностичних та лабораторних послуг при амбулаторно-поліклінічному лікуванні за Договором страхування, укладеним за програмою «Стандарт +» або «Стандарт». Надання та оплата таких діагностичних та лабораторних послуг здійснюється на умовах, передбачених програмами «Діагностика +» або «Діагностика» відповідно.

6.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових виплат бути:

- 6.2.1. навмисні дії ЗО, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням нею громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) крайньої необхідності або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій ЗО встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 6.2.2. вчинення ЗО умисного злочину, що призвів до настання події, яка має ознаки Страхового випадку;
- 6.2.3. подання ЗО свідомо неправдивих відомостей (стан здоров'я, рід занять, ступінь ризику), а також про факт та причини настання події, яка має ознаки Страхового випадку;
- 6.2.4. несвоєчасне повідомлення ЗО про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 6.2.5. настання подій, які не можуть бути визнані страховими випадками згідно з умовами цього Договору;
- 6.2.6. самостійне звернення ЗО до медичних установ та/або отримання медичних послуг ЗО у лікувальному закладі без узгодження зі Страховиком;
- 6.2.7. невиконання вказівок лікаря та/або Відділу медичного страхування, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;
- 6.2.8. настання Страхового випадку після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика відповідно до п. 4.4.2. та п. 4.5.5. цього Договору;
- 6.2.9. невиконання Страхувальником своїх обов'язків за Договором;
- 6.2.10. належність ЗО до осіб перелічених у Розділі 2 цього Договору;
- 6.2.11. наявність обставин, вказаних у Додатку № 1 Договору.
- 6.2.12. невиконання ЗО своїх обов'язків відповідно до Договору;
- 6.2.13. інші підстави, передбачені законодавством України.
- 6.2.14. Страховик, виключно з власної ініціативи, в кожному конкретному випадку може частково або повністю зняти певні обмеження (виключення), вказані у Додатку №1 цього Договору, при наданні певній ЗО Медичних послуг, згідно з умовами цього Договору. В таких випадках, рішення приймається експертною комісією Страховика;

7. Порядок зміни і припинення дії Договору:

- 7.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін.
- 7.2. Про намір внести зміни до умов Договору, Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до запропонованої дати внесення змін.
- 7.3. Всі зміни до Договору мають бути оформлені Додатковими угодами до цього Договору, які є його невід'ємними частинами з дати підписання цих Угод.
- 7.4. Якщо Договір помилково був укладений на користь однієї з осіб, зазначених у п.3.1 цього Договору, та/або ця особа знала про стан свого здоров'я, але не сповістила про це Страховика, то цей Договір в частині зобов'язань Страховика щодо цієї ЗО, з моменту встановлення Страховиком вказаних обставин, вважається недійсним з дати початку строку дії Договору. Страхові платежі, сплачені за Договором повертаються Страхувальнику, за вирахуванням сум Страхових виплат, здійснених на користь ЗО за Договором. Якщо різниця між сумою сплачених Страхового платежу і здійснених Страхових виплат є від'ємною, то Страхувальник повинен відшкодувати відповідну суму Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати погодження Сторонами її розміру.
- 7.5. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 7.5.1. закінчення строку дії Договору;
- 7.5.2. виконання Страховиком зобов'язань перед ЗО у повному обсязі;
- 7.5.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки.
- 7.5.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи;
- 7.5.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 7.5.6. прийняття судового рішення про визначення цього Договору недійсним;

- 7.5.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 7.6. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії цього Договору.
- 7.7. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 25 (двадцяти п'яти) % та фактично здійснених Страхових виплат.
- 7.8. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 7.9. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.
- 7.10. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 25 (двадцяти п'яти) %, та фактично здійснених Страхових виплат.
- 7.11. У разі припинення дії цього Договору у зв'язку з виконанням Страховиком взятих на себе зобов'язань у повному обсязі, страхові платежі за Договором не повертаються Страхувальнику.
- 7.12. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору.

8. Порядок вирішення спорів

- 8.1. Спори, що виникають за Договором, розв'язуються шляхом переговорів.
- 8.2. Сторони погодили, що усі спори та суперечки, які виникають з правовідносин, встановлених даним Договором, в тому числі щодо його дійсності, укладення, виконання, зміни та припинення Договору, тлумачення його умов, визначення наслідків недійсності або порушення Договору, стягнення заборгованості, а також збитків Сторін, спричинених невиконанням чи неналежним виконанням Договору тощо, у разі недосягнення згоди Сторін шляхом проведення переговорів, підлягають розгляду у судовому порядку, згідно чинному законодавству України.

9. Відповідальність Сторін

- 9.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 9.2. Застрахована особа або Страхувальник повинні відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичних послуг, наданих Застрахованій особі за наявності обставин, вказаних в Додатку №1 до Договору, а також у разі:
- 9.2.1. Свідомої передачі Застрахованою особою Страхових документів третій особі для отримання останньою Медичних послуг, передбачених умовами Договору для Застрахованої особи.
- 9.2.2. Ускладнення захворювання внаслідок свідомого порушення Застрахованою особою (в період обстеження та лікування) приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;
- 9.2.3. Отримання Медичних послуг при зверненні до медичного закладу в стані токсичного, алкогольного або наркотичного сп'яніння та інших незаконних дій Застрахованої особи або Страхувальника, направлених на отримання Страхової виплати.
- 9.3. Витрати Страховика, зазначені в п. 9.2 Договору, мають бути відшкодовані Страхувальником (Застрахованою особою) протягом 7 (Семи) робочих днів з дня отримання Страхувальником (Застрахованою особою) відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити в односторонньому порядку дію Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем строку відшкодування зазначених витрат. При цьому Страхувальник не має права як на заміну цієї Застрахованої особи, так і на повернення частки Страхового платежу за строк, що залишився до закінчення дії Договору по відношенню до вказаної Застрахованої особи.

10. Інші умови:

- 10.1. Всі зміни і доповнення до цього Договору Сторони оформлюють тільки у письмовій формі у вигляді Додаткових угод.
- 10.2. Взаємовідносини, що не врегульовані умовами цього Договору регламентуються Правилами та чинним законодавством України. За наявності розбіжностей між текстом Правил і текстом цього Договору, перевагу має текст цього Договору.
- 10.3. Якщо ЗО знаходиться на лікуванні у медичному закладі, куди вона потрапила ще під час чинності дії цього Договору, а Договір припиняється через несплату страхових платежів, Страховик припиняє оплату медичному закладу вартості надання ЗО відповідних медичних послуг.
- 10.4. Страховиком не відшкодовуються витрати, що виникли до початку або після закінчення періоду страхування або дострокового припинення Договору, за винятком тих обставин, коли Страховий випадок пов'язаний з

потребою в екстреному стаціонарному лікуванні Застрахованої особи, яка настала в період дії цього Договору. У цьому випадку, Страховик відшкодовує вартість лікування в стаціонарі протягом строку, що не перевищує 7 (семи) календарних днів з дня закінчення дії Договору.

10.5. Лікування захворювань, курс лікування яких було розпочато до моменту набуття чинності цим Договором, Страховиком не оплачується.

11. Захист персональних даних.

11.1. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», укладанням цього Договору Страхувальник надає свою згоду:

11.2. на обробку Страховиком персональних даних Страхувальника і ЗО (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника/ЗО, в тому числі прізвища, імені, по-батькові, року, місяця, дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів тощо), з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі, шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово – господарської діяльності;

11.3. на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника/ЗО (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

11.4. Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника/ЗО у рамках цього Договору;

11.5. Зберігання Страховиком персональних даних Страхувальника/ЗО протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

11.6. Реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України.

11.7. Надання доступу Страховиком до персональних даних Страхувальника /ЗО третім особам і передача цих персональних даних третім особам може здійснюватися Страховиком без повідомлення Страхувальника/ЗО.

11.8. Страхувальник надає Страховику персональні дані осіб, що, згідно з договором, мають статус Застрахованих осіб (ЗО), та підтверджує, що він отримав від ЗО згоду на їх поширення.

11.9. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення даних Страхувальника і ЗО до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.

11.10. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що, до укладення Договору, йому була надана інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

12. Додатки.

12.1.1. Додаток №1 – Виключення зі Страхових випадків;

12.1.2. Додаток №2- Програми медичного страхування;

**в. о. Голови Правління
ПрАТ «СК «ВУСО»**



А.В. Артюхов