

ПОЛІС
(індивідуальна частина Договору)
№ 00001-S24-01

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
за програмою «V-Health – Програма: XXXXX»

м. Київ

р.

Цей Поліс є індивідуальною частиною Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі - Договір страхування, Договір) та підтверджує укладення Договору страхування шляхом прийняття (акцепту) "Пропозиції щодо укладення договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)", що є публічною частиною Договору страхування (далі - Пропозиція). Невід'ємними частинами Договору страхування є цей Поліс із додатком №1 та Пропозиція із додатками №1, №2, №3, повний текст яких доступний на сайті Страховика <https://vuso.ua/kompaniya/otchety-i-licenzii/publicnaja-oferta.html>. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу та є дійсним за наявності сплати страхового платежу за відповідний період страхування.

1. СТРАХОВИК: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ВУСО»

адреса 03150, м. Київ, вулиця Казимира Малевича, 31, код ЄДРПОУ – 31650052 (надалі – Страховик), зареєстровано як фінансову установу розпорядженням Держфінпослуг рішенням № 1224 від 24.06.2004 року, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ №142, поточний рахунок № UA873003460000026508010825001 в ПАТ «АЛЬФА БАНК», МФО 300346; ліцензія Національної комісії, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг АЕ №293943 від 31 липня 2014 р., безстрокова, офіційна сторінка в мережі Інтернет <https://vuso.ua/>, в особі голови правління Артюхова Андрія Вікторовича, що діє на підставі Статуту
Телефон для повідомлення про страхові випадки 0 800 303 911 (цілодобово, безкоштовно)
Організація медичної допомоги та послуг за Договором здійснюється лише Страховиком з оплатою напряму Медичним закладам відповідно до умов Договору.
Самостійна організація медичної допомоги і послуг Страхувальником / Застрахованим з подальшою компенсацією понесених витрат Страховиком) за Договором не передбачена, у таких випадках Страховик відмовляє у виплаті страхового відшкодування відповідно до Договору.

2. СТРАХУВАЛЬНИК: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- 2.1. Адреса: [REDACTED]
- 2.2. Дата народження: [REDACTED]
- 2.3. Засоби зв'язку: +38 () [REDACTED]; [REDACTED] @ [REDACTED]
- 2.4. Вигодонабувачем за цим Договором є Застрахована особа.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

- 3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.
- 3.2. Цей Договір страхування укладено між Страховиком і Страхувальником відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №02-02 від 25.12.2007 р (в Договорі – Правила) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронні довірчі послуги» та «Про електронну комерцію».
- 3.3. Згідно з умовами Договору страхування Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови Договору страхування.

4. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ

- 4.1. Перелік Застрахованих осіб зазначено у Додатку №1 до цього Полісу.

5. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ

- 5.1. Обрані Програми страхування зазначено у Додатку №1 до цього Полісу у відповідності до кожної Застрахованої особи.
- 5.2. Докладний опис Програм страхування наведено у Додатку №1 до Пропозиції.

6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

- 6.1. Страховим випадком є звернення Застрахованого до Медичного закладу протягом строку дії Договору в зв'язку з настанням страхових ризиків, які відбулися протягом строку дії Договору та потребують надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування та Договором.
- 6.2. Перелік страхових ризиків:
 - 6.2.1. гостре захворювання;
 - 6.2.2. загострення хронічного захворювання;
 - 6.2.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;
 - 6.2.4. захворювання на коронавірусну хворобу COVID-19 (U07.1 за МКХ-10) – діє лише для Програм страхування «С», «D», «G», «H» (Додаток №1 до Пропозиції).
- 6.3. Подія визнається Страховиком страховим випадком, якщо така подія:
 - 6.3.1. сталась протягом оплаченого періоду страхування;
 - 6.3.2. відбулася на території дії Договору;
 - 6.3.3. передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених цією Пропозицією та додатками до неї;
 - 6.3.4. організація медичної допомоги та послуг Застрахованому здійснюється Страховиком (компенсації самооплат не передбачені цим Договором);

6.3.5. не є виключенням зі страхових випадків (Додаток № 2 до Пропозиції).

7. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Україна, за винятком території АР Крим, а також населених пунктів, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, перелік яких наведено у Розпорядженні Кабміну №1085-р від 07.11.2014 р.

8. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

- 8.1. Страхова сума на кожну Застраховану особу згідно обраних Програм страхування зазначено у Додатку №1 до даного Полісу.
- 8.2. Страховий тариф на кожну Застраховану особу згідно обраних Програм страхування зазначено у Додатку №1 до даного Полісу.
- 8.3. Страховий платіж на кожну Застраховану особу згідно обраних Програм страхування зазначено у Додатку №1 до даного Полісу.
- 8.4. Загальна страхова сума за Договором становить **00,00** грн.
- 8.5. Загальний страховий платіж за Договором становить **00,00** грн.

9. ПОРЯДОК СПЛАТИ ЗАГАЛЬНОГО СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

9.1. № періоду страхування	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9.2. Гранична дата сплати (включно до)												
9.3. Частина страхового платежу												
9.4. За період страхування (з - до) включно												

9.5. Частина страхового платежу згідно п.9.3 Полісу, списується автоматично щомісячно з карткового рахунку, що заздалегідь погоджено зі Страхувальником, згідно строків зазначених в п. 9.2 Полісу.

9.6. У разі якщо Страхувальник, з будь яких причин вирішив достроково припинити співпрацю він може відписатися від послуги за посиланням <https://save24.me/insurance>

10. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

- 10.1. Дата початку дії Договору – **00.00.0000**;
- 10.2. Дата завершення дії Договору – **00.00.0000**.
- 10.3. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати початку першого періоду страхування, вказаного в п.9 Полісу (індивідуальної частини Договору), але не раніше дати, наступної за датою надходження страхового платежу на банківський рахунок Страховика, та діє до закінчення строку дії оплаченого періоду Договору. В разі несплати Страхувальником чергової частки страхового платежу, Договір не діє у відповідному періоді страхування. Договір відновлює дію на наступний день після сплати усіх прострочених страхових платежів, передбачених п.9. Полісу (індивідуальної частини Договору) у повному обсязі.

11. НЕВІД'ЄМНИМИ ЧАСТИНАМИ ДОГОВОРУ Є:

- 11.1. Перелік застрахованих осіб (Додаток №1 до Полісу);
- 11.2. Програма страхування (Додаток №1 до Пропозиції);
- 11.3. Виключення зі страхових випадків (Додаток №2 до Пропозиції);
- 11.4. Перелік Медичних закладів (Додаток №3), що розміщено на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchety-i-licenzii/publichnaia-oferta.html>.

Акцептуючи Пропозицію Страховика та підписанням Договору, Страхувальник підтверджує та визнає, що: він сам та Застрахована особа ознайомлена з умовами страхування та Правилами; надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних відповідно до законодавства в цілях, пов'язаних з виконанням цього Договору та здійснення Страховиком його статутної діяльності; надає Страховику згоду на отримання всієї необхідної інформації в рамках розслідування причин, обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку, в тому числі згоду на отримання персональних/медичних даних, включаючи відомості, що становлять лікарську таємницю; підтверджує, що інформація, зазначена в частині 2 статті Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" надана йому своєчасно та в повному обсязі; підтверджує, що ознайомлений з умовами та Правилами страхування, за якими здійснюється страхування за Договором; одержав згоду Застрахованої особи (Застрахованого) на укладення Договору, ознайомив з умовами та Правилами страхування, правами та обов'язками, передбаченими цим Договором щодо Застрахованої особи (Застрахованого).

Договір страхування укладений шляхом прийняття (акцепту) Страхувальником Пропозиції Страховика з дотриманням інших умов Пропозиції. На вимогу Страхувальника Страховик Поліс (індивідуальна частина Договору) може бути підписано оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика (що унеможливує зміну змісту Договору страхування), а також Страхувальника.

12. ПІДПИСИ СТОРІН

Голова Правління
Артюхов А.В.



Прізвище Ім'я

000000000
ПІДПИСАНО ЗА ДОПОМОГОЮ ВВЕДЕННЯ ОДНОРАЗОВОГО ІДЕНТИФІКАТОРА

Додаток № 1
до Полісу № [redacted]
від [redacted] р.

№ з/п	ПІБ	Адреса	Дата народження	Програма страхування		Страхова сума, грн		Страховий тариф, %		Страховий платіж, грн	
				Стандарт	Діагностика	Стандарт	Діагностика	Стандарт	Діагностика	Стандарт	Діагностика

ПЕРЕЛІК ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

Голова Правління
Артюхов А.В.



Прізвище Ім'я

0000000000
ПІДПИСАНО ЗА ДОПОМОГОЮ ВВЕДЕННЯ ОДНОРАЗОВОГО ІДЕНТИФІКАТОРА



ПРОПОЗИЦІЯ

щодо укладення договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за програмою «V-Health» (публічна частина Договору)

Ця Пропозиція є офіційною публічною офертою Страховика, що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика та/або його страхового агента.

1. **СТРАХОВИК** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «VUSO», адреса 03150, м. Київ, вулиця Казимира Малевича, 31, код ЄДРПОУ – 31650052 (надалі – Страховик), зареєстровано як фінансову установу розпорядженням Держфінпослуг рішенням № 1224 від 24.06.2004 року, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ №142, поточний рахунок №UA573808380000026505700276244 в ПАТ «КБ «ПРАВЕКС БАНК», МФО 380838; ліцензія Національної комісії, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг АЕ №293943 від 31 липня 2014 р., безстрокова, офіційна сторінка в мережі Інтернет <https://vuso.ua/>, контактний телефон Страховика для врегулювання страхових випадків **0 800 303 911** в особі Голови Правління Артюхова Андрія Вікторовича, який діє на підставі Статуту.
2. **СТРАХУВАЛЬНИК** – дієздатна фізична особа, яка в порядку, передбаченому розділом 3 цього Договору, уклала Договір страхування із Страховиком, вказана в індивідуальній частині Договору (Полісі).

3. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

3.1. Для укладення Договору Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страховика або його страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://save24.me/> або до персонального кабінету або до інформаційно-телекомунікаційних систем, що використовується Страховиком для укладення договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування.

3.2. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування (Поліс).

3.3. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом Пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://vuso.ua/kompaniya/otchetiy-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>.

3.4. Договір страхування укладений в електронній формі у порядку, визначеному Законом України «Про електронну комерцію». Договір підписано електронними підписами шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та введення Страхувальником в інформаційно-телекомунікаційну систему Страховика отриманого одноразового ідентифікатора. На вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика (що унеможливорює зміну змісту Договору страхування), в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

3.5. У разі прийняття (акцепту) Страхувальником пропозиції Страховика укласти Договір страхування, Страховик вважає себе зобов'язаним укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах та умовах Пропозиції.

3.6. Після здійснення акцепту Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті. На вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення індивідуальної частини Договору страхування (Поліса), підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика (що унеможливорює зміну змісту Договору страхування), в робочий час Страховика за його місцезнаходженням. Договір страхування набирає чинності після сплати страхового платежу у повному розмірі відповідно до обраного способу оплати (одноразово або визначеними індивідуальною частиною Договору (Полісом) частками страхового платежу). Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

3.7. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальна частина Договору страхування) та Пропозиція (публічна частина Договору страхування), повний текст яких доступні на сайті Страховика <https://vuso.ua/kompaniya/otchety-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

3.8. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладання Договору страхування на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" (надалі в цьому пункті – Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://vuso.ua>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору страхування та Правил страхування йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору страхування не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору страхування.

3.9. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті та/або на мобільний телефон.

3.10. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, без застережень надає повну згоду на обробку його персональних даних Страховику та іншим пов'язаним із Страховиком особам без додаткового повідомлення Страхувальника, без обмеження терміну зберігання і обробки, в цілях здійснення прав та виконання обов'язків Страховика за цим Договором, забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку, здійснення зв'язку із Страхувальником, надання інформації про виконання умов Договору, для організації поштових розсилок, передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також інформування про послуги інших суб'єктів господарювання, а також в інших цілях, які не суперечать чинному законодавству України, шляхом організації поштових розсилок, надсилання текстових повідомлень за зручним способом розсилки (SMS-повідомлень, Viber тощо), а також розсилок електронною поштою на зазначені адреси Страхувальника. Страхувальник підтверджує, що йому було повідомлено про його права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством України, цілі збору даних і осіб, яким передаються його персональні дані. Також Страхувальник своїм підписом підтверджує належність зазначених персональних даних в Договорі.

3.11. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує своє згоду з можливістю використання Страховиком факсимільного відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами при укладенні та/або виконанні умов цього Договору.

3.12. Страхувальник, акцептуючи Пропозицію, підтверджує, що ознайомлений з умовами страхування, визначеними цією Пропозицією та Правилами, а також свій обов'язок довести ці умови до відома осіб, застрахованих за Договором (Застрахованого).

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

4.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованого. Цей Договір укладений його Сторонами про страхування третіх осіб, інформація про яких вказана в індивідуальній частині цього Договору (Полісі), за їх згодою.

4.2. Застрахований – фізична особа, вказана в індивідуальній частині цього Договору (Полісі), що є його невід'ємною частиною.

5. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ

5.1. Цей Договір укладається відповідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №02-02 від 25.12.2007 р. – далі по тексту Правила.

5.2. Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані ознайомлені з Правилами.

5.3. Взаємовідносини Сторін, що не врегульовані умовами цього Договору регламентуються Правилами та чинним законодавством України. За наявності розбіжностей між текстом Правил та текстом цього Договору, перевагу має текст цього Договору.

6. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

6.1. Страховим випадком є звернення Застрахованого до Медичного закладу протягом строку дії Договору в зв'язку з настанням страхових ризиків, перелічених у п. 6.2. Пропозиції, які відбулися протягом строку дії Договору та потребують надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування та Договором.

6.2. Перелік страхових ризиків:

6.2.1. гостре захворювання;

6.2.2. загострення хронічного захворювання;

6.2.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

6.2.4. захворювання на коронавірусну хворобу COVID-19 (U07.1 за МКХ-10) – діє лише для Програм страхування «С», «D», «G», «H».

6.3. Подія визнається Страховиком страховим випадком, якщо така подія:

- 6.3.1. сталась протягом оплаченого періоду страхування. Винятками можуть бути лише випадки, коли згідно з індивідуальною частиною Договору (Полісом) гранична дата сплати частки страхового платежу йде пізніше дати початку відповідного періоду страхування. Страхове покриття при цьому надається без прив'язки до оплати – лише до вказаної граничної дати сплати для відповідного періоду страхування;
- 6.3.2. відбулася на території дії Договору;
- 6.3.3. передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених цією Пропозицією та додатками до неї;
- 6.3.4. організація медичної допомоги та послуг Застрахованому здійснюється Страховиком (компенсації самооплат не передбачені цим Договором);
- 6.3.5. не є виключенням зі страхових випадків.

7. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОКИ СПЛАТИ

7.1. Страхова сума, страховий тариф та страховий платіж, а також строк сплати страхового платежу за Договором вказується в індивідуальній частині Договору (Полісі).

7.2. Страхова сума, страховий тариф та страховий платіж залежать від обраної Страхувальником при укладенні Договору Програми страхування із вказаних в Додатку №1 до цього Договору, а саме:

Код Програми страхування	Назва Програми страхування	Страхова сума	Вік Застрахованого	У разі сплати одним платежем		У разі сплати щомісячно		Франшиза
				Страховий платіж, за рік	Страховий тариф, %	Страховий платіж, за рік	Страховий тариф, %	
A	СТАНДАРТ (базова) +	100 000	від 17 до 55 р.	2 499,00	2,499%	2 760,00	2,760%	10%
			від 1 до 16 р.	4 998,00	4,998%	5 508,00	5,508%	
B	СТАНДАРТ (базова)	100 000	від 17 до 55 р.	2 354,00	2,354%	2 592,00	2,592%	20%
			від 1 до 16 р.	4 708,00	4,708%	5 184,00	5,184%	
C	СТАНДАРТ (COVID) +	100 000	від 17 до 55 р.	2 874,00	2,874%	3 000,00	3,000%	10%
			від 1 до 16 р.	5 748,00	5,748%	6 000,00	6,000%	
D	СТАНДАРТ (COVID)	100 000	від 17 до 55 р.	2 707,00	2,707%	2 832,00	2,832%	20%
			від 1 до 16 р.	5 414,00	5,414%	5 652,00	5,652%	
E	ДІАГНОСТИКА (базова) +	5 000	від 17 до 55 р.	400,00	8,000%	444,00	8,880%	10%
			від 1 до 16 р.	800,00	16,00%	888,00	17,76%	
F	ДІАГНОСТИКА (базова)	5 000	від 17 до 55 р.	325,00	6,50%	360,00	7,200%	20%
			від 1 до 16 р.	650,00	13,00%	720,00	14,40%	
G	ДІАГНОСТИКА (COVID) +	5 000	від 17 до 55 р.	480,00	9,600%	480,00	9,600%	10%
			від 1 до 16 р.	960,00	19,20%	960,00	19,20%	
H	ДІАГНОСТИКА (COVID)	5 000	від 17 до 55 р.	390,00	7,80%	396,00	7,92%	20%
			від 1 до 16 р.	780,00	15,60%	780,00	15,60%	

7.3. Страховий платіж може сплачуватись одноразово (одним платежем) або частинами (щомісячно) – в строк (терміни), передбачені індивідуальною частиною Договору. Особливості набрання чинності Договором залежно від обраного способу оплати зазначені в Розділі 8 цієї Пропозиції.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. Договір страхування укладається строком на 1 календарний рік. Строк дії Договору може ділитися на періоди, визначені індивідуальною частиною Договору (Полісі). Дата початку та закінчення дії Договору щодо кожного

Застрахованого визначається в індивідуальній частині Договору (Полісі), із врахуванням визначеного п.8.2. обмеження.

8.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати початку першого періоду страхування, вказаного в індивідуальній частині Договору (Полісі), але не раніше дати, наступної за датою надходження страхового платежу на банківський рахунок Страховика, та діє до закінчення строку дії оплаченого періоду Договору. В разі несплати Страхувальником платежу, Договір не діє у відповідному періоді страхування. Договір відновлює дію на наступний день після сплати усіх прострочених страхових платежів, передбачених індивідуальною частиною Договору (Полісом), у повному обсязі.

8.3. У випадку, коли згідно з індивідуальною частиною Договору (Полісом) гранична дата сплати частки страхового платежу йде пізніше дати початку відповідного періоду страхування, Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати початку першого періоду страхування, вказаного в індивідуальній частині Договору (Полісі), та діє до дати завершення відповідного періоду, але не пізніше граничної дати сплати частки страхового платежу за цей період. Починаючи з дати настання граничної дати сплати частки страхового платежу за відповідний період страхування визначення строку дії Договору та дії страхового покриття визначається згідно з п.8.2. Пропозиції.

9. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Договір діє на території України, за винятком території АР Крим, а також населених пунктів, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, перелік яких наведено у Розпорядженні Кабміну №1085-р від 07.11.2014 р.

10. ПЕРІОД ОЧІКУВАННЯ

10.1. Страхове покриття за Договором (зобов'язання Страховика щодо страхової виплати) починається із врахуванням періоду очікування, що становить 14 (чотирнадцять) днів з дати набрання чинності Договором. Період очікування страхового випадку – проміжок часу від дати набрання чинності Договором, протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Страхова виплата не здійснюється, якщо подія сталася протягом перших 14 (чотирнадцяти) днів з дати набрання чинності цим Договором.

11. ДІЇ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком (п.6 Договору), Застрахований невідкладно (до звернення в Медичний заклад) зобов'язаний повідомити Страховика за телефоном **0 800 303 911** (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно.

11.1.1. Після отримання повідомлення Страховик, в разі визнання випадку страховим, організовує та оплачує надання Застрахованому відповідних видів допомоги та послуг, передбачених обраною за Договором Програмою страхування, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик замовляє для Застрахованого певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з медичним закладом, гарантує їх оплату.

11.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про випадок (самостійна організація медичної допомоги і послуг Страхувальником / Застрахованим з подальшою компенсацією понесених витрат Страховиком) за цим Договором не передбачена. Такі події не є страховим випадком за Договором, Страховик відмовляє у виплаті страхового відшкодування за такими випадками.

11.2. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медичні послуги Застрахованому надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує його особу.

12. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за цим Договором, не може перевищувати страхової суми / ліміту, вказаних в обраній Програмі страхування.

12.2. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені цим Договором та обраною Програмою страхування, за направленням Страховика. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика.

12.3. Перелік медичних закладів для обслуговування Застрахованих за цим Договором міститься на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchet-y-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>.

12.3.1. У випадку, коли в Програмі страхування для видів допомоги/послуг вказано лише клас/категорію Медичного закладу (з 1 до 7), то при визначенні Медичного закладу, що надаватиме Застрахованому медичну допомогу/послуги, Страховик має право обрати будь-який Медичний заклад, для якого в Переліку медичних закладів за вказаним посиланням (п.12.3.) присвоєно відповідний клас/категорію (з 1 до 7).

12.3.2. У випадку, коли Програма страхування для видів допомоги/послуг містить конкретну назву/бренд Медичного закладу, то для надання відповідного виду допомоги/послуг Застрахованому Страховик призначатиме саме цей Медичний заклад, назва/бренд якого зафіксовані в Програмі страхування.

12.3.3. Класи/категорії Медичних закладів присвоюються Страховиком залежно від цінової та сервісної політики Медичних закладів та зазначається в Переліку медичних закладів, розміщеному на сайті Страховика за посиланням (п.12.3.).

- 12.3.4. У виключних випадках, а саме в разі істотної зміни цінової політики Медичного закладу (ріст цін в преїскуранті більше, ніж на 15%) Страховик має право переглянути клас/категорію для такого Медичного закладу. За запитом Страхувальника, Страховик надає обґрунтування зміни категорії Медичного закладу.
- 12.4. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається договорами Страховика з медичними закладами (в цьому випадку збір документів покладається на Страховика).
- 12.5. Строк прийняття рішення за випадком становить 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором від Медичного закладу.
- 12.6. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) календарних днів з дати складення страхового акту.
- 12.7. Страхова виплата здійснюється безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахований отримав медичну допомогу за направленням Страховика (в межах переліку видів допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми страхування). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

- 13.1. Страховик відмовляє у страховій виплаті, якщо випадок підпадає під виключення зі страхових випадків, перелік яких міститься в Додатку 2 до Пропозиції, що є невід'ємною частиною Договору.
- 13.2. В разі звернення Застрахованого щодо випадку, що не визнається Страховиком страховим згідно з умовами Договору, в тому числі умовами додатків до цієї Пропозиції, Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованому за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови цієї Пропозиції, в тому числі додатків до цієї Пропозиції. В таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованого, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованому з подальшою оплатою відповідних видів допомоги та послуг самим Застрахованим.
- 13.3. Якщо обставини, що можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати із Застрахованого/Страхувальника компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати. Така компенсація або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Застрахованим/Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними в такій вимозі. В разі неповернення коштів Страховик має право при наступних зверненнях Застрахованого відмовити в організації та/або оплаті медичної допомоги повністю або частково (пропорційно розміру заборгованості перед Страховиком) або достроково припинити дію Договору.

14. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

14.1. Страховик має право:

- 14.1.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені Договором;
- 14.1.2. на отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованого;
- 14.1.3. присвоювати класи/категорії Медичних закладів залежно від їх цінової та сервісної політики (Перелік Медичних закладів кожного класу/категорії обслуговування міститься на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchety-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>),
- 14.1.4. у виключних випадках, передбачених п.12.3.4. Пропозиції, змінювати класи/категорії Медичних закладів;
- 14.1.5. з'ясовувати причини та обставини страхових випадків за Договором будь-якими законними способами, зокрема: отримувати від Застрахованого, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованого, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю; залучати незалежних експертів або спеціалістів;
- 14.1.6. відмовити Страхувальнику/Застрахованому у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі, в тому числі додатках до цієї Пропозиції;
- 14.1.7. за наявності сумнівів в достовірності даних про причини/обставини страхового випадку або розміру страхової виплати відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, але не більше ніж на 30 (тридцять) робочих днів з дати отримання повного пакету документів згідно з Пропозицією.

14.2. Страховик зобов'язаний:

- 14.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами Пропозиції та Правилами страхування;
- 14.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до Договору;
- 14.2.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 14.2.4. в разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на письмову заяву Страхувальника/Застрахованого, повідомити Страхувальника/Застрахованого в письмовій формі про прийняте рішення не пізніше 10 робочих днів з дати його прийняття;
- 14.2.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, а також про Застрахованого та стан його здоров'я;
- 14.2.6. відповідно до п.12.3. Пропозиції – забезпечити вільний доступ до інформації про Медичні заклади та їх категорії на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchety-i-licenzii/publichnaja-oferta.html> ;

14.2.7. дотримуватись порядку врегулювання, передбаченого Розділами 11, 12 Пропозиції та додатками до неї.

14.3. Страхувальник зобов'язаний:

14.3.1. своєчасно та в повному обсязі сплатити страховий платіж відповідно до умов Договору;

14.3.2. отримати згоду фізичної особи на укладення Договору, а також ознайомити Застрахованих з умовами цієї Пропозиції;

14.3.3. на вимогу Страховика надавати інформацію: про стан здоров'я Застрахованого, а також обставини, які мають значення для оцінки страхового ризику та інформувати Страховика будь-яку його зміну (про обставини, які змінилися настільки, що якби вони були відомі при укладанні Договору, він взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених);

14.3.4. вживати усіх необхідних та можливих заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

14.3.5. дотримуватись інших умов цієї Пропозиції та додатків до неї.

14.4. Наданням згоди на укладення цього Договору щодо себе Застрахований підтверджує наявність в нього прав та обов'язків за Договором.

14.5. Страхувальник/Застрахований має право:

14.5.1. на роз'яснення умов страхування за Договором та Правилами страхування;

14.5.2. вимагати сплати Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору;

14.5.3. в разі настання страхового випадку – на організацію Страховиком для Застрахованого медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування, та на умовах, визначених Пропозицією;

14.5.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за Договором, неповного чи неякісного надання такої допомоги.

14.6. Застрахований зобов'язаний:

14.6.1. дотримуватись порядку повідомлення про страховий випадок та врегулювання, передбаченого Розділами 11, 12 Пропозиції та додатками до неї;

14.6.2. виконувати призначення відповідальної особи Страховика та/або лікуючого лікаря Медичного закладу, а також дотримуватись розпорядку, встановленого Медичним закладом;

14.6.3. на вимогу Страховика надавати медичну документацію, яка стосується страхового випадку, а також сприяти в отриманні такої документації з Медичних закладів;

14.6.4. попередити працівників Медичної установи (лікаря) про наявність Договору страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання будь-якої інформації та документів.

14.7. В разі, коли Застрахований є неповнолітньою особою – його права та обов'язки здійснюють його законні представники.

14.8. Сторони мають також інші права та обов'язки, передбачені цією Пропозицією та додатками до неї, а також законодавством України.

14.9. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, визначену законодавством. При порушенні Страховиком строку страхової виплати Страхувальник має право вимагати сплату пені в розмірі 0,01% від невиплаченої суми за кожен день прострочення, але не більше 10% від несвоєчасно виплаченої частки страхової виплати.

14.10. Якщо згідно з індивідуальною частиною Договору (Полісом) гранична дата сплати частки страхового платежу йде пізніше дати початку відповідного періоду страхування, та у випадку невиконання/неналежного виконання Страхувальником обов'язку щодо сплати страхового платежу (частки страхового платежу за відповідний період страхування) з порушенням розміру та/або граничної дати сплати, то Страховик має право стягнути зі Страхувальника суму всіх страхових виплат, що були здійснені Страховиком за Договором за відповідний період страхування, в судовому порядку. Додатково Страхувальник на вимогу Страховика також зобов'язаний сплатити Страховику пеню у розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України (НБУ) за кожен день прострочення платежу, а у разі, якщо оплату страхового платежу прострочено Страхувальником більше ніж на 30 (тридцять) календарних днів – також сплатити Страховику штраф у розмірі 20 (двадцяти) відсотків від суми загального страхового платежу за Договором.

15. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

15.1. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені за двосторонньою згодою сторін у письмовій формі шляхом укладення додаткової угоди до Договору.

15.2. Договір припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, з ініціативи однієї зі Сторін, а також в інших випадках та на умовах, передбачених Законом України «Про страхування». Сума коштів, що підлягають поверненню Страхувальнику розраховується за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Норматив витрат на ведення справи при цьому становить 30%.

15.3. В разі повернення страхового платежу (його частини) при достроковому припиненні Договору таке повернення здійснюється виключно Страхувальнику.

15.3.1. Розрахунок частки страхового платежу до повернення Страхувальнику в зв'язку з достроковим припиненням дії Договору розраховується за формулою:

$$\text{СПч} = \text{СПф} - (\text{СПр} * \text{K/N}) - (\text{СПф} * \text{НВ}) - \text{СВ}, \text{ де}$$

- СПч – частка страхового платежу до повернення Страхувальнику;
 СПф – фактично сплачений страховий платіж за Договором;
 СПр – загальний (річний) страховий платіж згідно з індивідуальною частиною Договору (Полісом);
 К – кількість днів від дати початку дії Договору до дати дострокового розірвання Договору;
 N – загальна кількість днів дії Договору згідно з індивідуальною частиною Договору (Полісом);
 СВ – страхові виплати за Договором щодо Застрахованого на дату розрахунку (сплачені, а також заявлені);
- 15.4. НВ – норматив витрат на ведення справи, що становить 30%. По відношенню до одного Застрахованого договір припиняється у випадку:
- 15.4.1. смерті Застрахованого;
- 15.4.2. за наявності підтверджених фактів передачі Картки Застрахованого для авторизації (в разі якщо така картка видавалась Застрахованому) іншим особам, які не є застрахованими за Договором, для отримання ними медичної допомоги – дія Договору достроково припиняється Страховиком відносно цього Застрахованого в односторонньому порядку шляхом направлення письмового повідомлення Страхувальнику про даний факт;
- 15.4.3. в разі неповернення безпідставно перерахованої страхової виплати згідно з п.13.3. Пропозиції.
- 15.5. Відповідно до законодавства Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дня набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. Страховик повинен повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного договору страхування протягом 5 (п'яти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна іншій все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають передбачені даним Договором страхування.

16. РОЗШИРЕНИЙ ПЕРІОД ПОКРИТТЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

16.1. У разі, якщо Застрахований проходить лікування в умовах екстреного стаціонару з приводу події, що є страховим випадком, і під час такого лікування дія Договору припиняється через закінчення строку його дії, то обслуговування Застрахованого та оплата Страховиком медичних послуг за даним страховим випадком продовжується в межах, передбачених Програмою страхування та Договором, але не більше ніж протягом 7 (семи) днів з дати завершення дії Договору.

17. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

17.1. Загальні терміни та визначення, що вживаються в Пропозиції та додатках до неї, в цілях виконання Договору мають наступне значення:

17.1.1. **Застрахований** – застрахована особа згідно з Законом України «Про страхування», в інтересах якої укладено цей Договір за її згодою.

17.1.2. **Захворювання** – патологічні зміни організму людини (погіршення стану здоров'я), що проявляється порушеннями його будови, обміну речовин та/або функціонування. За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання. Окремою групою захворювань в Договорі виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом дії Договору.

17.1.3. **Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованого та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованого, що існував до моменту початку даного захворювання.

17.1.4. **Хронічне захворювання** – захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

17.1.5. **Загострення хронічного захворювання** – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрозувати життю Застрахованого.

17.1.6. **Хронічне захворювання в стадії ремісії** – період перебігу хронічного захворювання Застрахованого, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованого порівняно з стадією загострення.

17.1.7. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, непередбачувана дія зовнішніх причин (механічних, хімічних, технічних тощо), які настали в строк дії Договору незалежно від волі Застрахованого, що призвели до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованого та/або його загибелі. До зовнішніх причин відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричної або іншої енергії, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове отруєння газами тощо.

17.1.8. **Критичне захворювання** – тяжке захворювання, вперше виявлене у Застрахованого протягом дії Договору із переліку, зазначеного в Програмі страхування.

17.1.9. **Основне захворювання** – захворювання певної однієї нозологічної одиниці, крім захворювань, що є виключеннями зі страхових випадків, що стало безпосередньою (основною) причиною для звернення Застрахованого за медичною допомогою (тимчасової/постійної втрати працездатності, госпіталізації тощо).

Не відносяться до основних захворювань супутні захворювання, які не були основною причиною звернення за медичною допомогою.

17.1.10. **МКХ-10** – Міжнародна класифікація хвороб, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, десятого перегляду.

17.1.11. **Протокол лікування** – клінічний протокол/стандарти лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України.

17.1.12. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком, визначений згідно з Договором.

17.1.13. **Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованому за цим Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованому, інші обмеження). Обсяг послуг, покриваються цим Договором для Застрахованого згідно з обраною Програмою страхування деталізується та застосовується з врахуванням опису відповідних видів допомоги /послуг та порядку їх надання, що вказуються в Програмі страхування (Додаток 1), що є невід'ємною частиною цієї Пропозиції та Договору.

17.1.14. **Страхове покриття** – строкові, часові, просторові (територіальні) межі дії Договору, цінні та інші істотні умови Договору, що визначають особливості прийняття на страхування, встановлення факту настання та врегулювання страхових випадків, що передбачені цим Договором.

17.2. Спеціальні терміни та визначення, що стосуються конкретних видів допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування, деталізовані в самій Програмі страхування (Додаток №1) та є істотними умовами, що визначають стандарти обслуговування Застрахованих за Договором та відповідною Програмою страхування. Обсяг видів допомоги та послуг, передбачений Договором для Застрахованого, повністю відображений в Програмі страхування, що має перевагу перед іншими частинами Договору.

18. ІНШІ УМОВИ

18.1. Всі суперечки між Сторонами вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства.

18.2. В разі виникнення будь-яких спірних питань щодо визнання чи невизнання Страховиком певного випадку страховим (віднесення того чи іншого захворювання до гострого чи хронічного, встановлення стадії загострення чи ремісії, вирішення питання щодо дотримання протоколів лікування, встановлення наявності обставин, що є виключеннями зі страхових випадків тощо) можуть залучатись незалежні медичні експерти за рахунок сторони, що ініціює залучення такого експерта.

18.3. Ця Пропозиція дійсна з «__» ____ 20__ року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи зазначається в індивідуальній частині Договору (Полісі).

19. ДОДАТКИ ДО ПРОПОЗИЦІЇ

19.1. Додаток 1 «Програма страхування»;

19.2. Додаток 2 «Виключення зі страхових випадків»;

19.3. Додаток 3 «Перелік Медичних закладів», що розміщено на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchetiy-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>;

19.4. Вказані в цьому Розділі додатки до Пропозиції є невід'ємною частиною Договору та мають таку ж юридичну силу, як і основна частина Договору.

Голова Правління ПрАТ СК «ВУСО»
А.В. Артюхов



Додаток №1
до Пропозиції щодо укладення договору
добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Таблиця №1

Основне покриття				
Назва Програми страхування	A Стандарт (базова) +	B Стандарт (базова)	C Стандарт (COVID) +	D Стандарт (COVID)
Страхова сума на 1 Застрахованого	100 000 грн	100 000 грн	100 000 грн	100 000 грн
Страхові ризики	1) гостре захворювання; 2) загострення хронічного захворювання; 3) нещасний випадок ----		1) гостре захворювання; 2) загострення хронічного захворювання; 3) нещасний випадок; 4) захворювання на COVID;	
1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг
1.1. Консультація лікаря	ні, сімейний лікар	ні, сімейний лікар	ні, сімейний лікар	ні, сімейний лікар
1.2. Медикаментозне забезпечення базове	за призначенням лікаря	за призначенням лікаря	за призначенням лікаря	за призначенням лікаря
1.3. Ліміт за Медикаментозне забезпечення базове	В межах страхової суми	В межах страхової суми	В межах страхової суми	В межах страхової суми
1.4. Франшиза на Медикаментозне забезпечення базове	10%	20%	10%	20%
1.5. Доставка призначених медикаментів	При замовленні від 100 грн і наявності даної послуги у регіоні перебування Застрахованого			
2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг
<i>Ліміт на послуги</i>	В межах страхової суми	В межах страхової суми	В межах страхової суми	В межах страхової суми
<i>Клас медичних закладів</i>	Державні, Відомчі (1, 2)	Державні, Відомчі (1, 2)	Державні, Відомчі (1, 2)	Державні, Відомчі (1, 2)
2.1. Стационар екстрений :	Так	Так	Так	Так
2.1.1. Консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;	Так	Так	Так	Так
2.1.2. Терапевтичне лікування;	Так	Так	Так	Так
2.1.3. Оперативні втручання;	Так	Так	Так	Так
2.1.4. Анестезіологічна допомога;	Так	Так	Так	Так
2.1.5. Лікувальні процедури та маніпуляції, призначені лікуючим лікарем відповідно до протоколів лікування;	Так	Так	Так	Так
2.1.6. Стандартне харчування, передбачене умовами Медичного закладу	Так	Так	Так	Так
2.1.7. Медикаментозне забезпечення базове	Так	Так	Так	Так

2.1.8. Палата стандарт - перебування Застрахованого в стандартній палаті, передбаченій умовами Медичного закладу	Так	Так	Так	Так
3. ШВИДКА ДОПОМОГА	Передбачено	Передбачено	Передбачено	Передбачено
<i>Ліміт на послуги</i>	В межах страхової суми	В межах страхової суми	В межах страхової суми	В межах страхової суми
<i>Клас медичних закладів</i>	Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3, 4, 5, 6, 7)	Державні, Відомчі, Приватні (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)	Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3, 4, 5, 6, 7)	Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3, 4, 5, 6, 7)
3.1. Виїзд карети швидкої медичної допомоги в межах 30 км від міста (для міста Київ);	Так	Так	Так	Так
3.2. Реанімаційні заходи	Так	Так	Так	Так
3.3. Діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги	Так	Так	Так	Так
3.4. Медикаментозне забезпечення в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги;	Так	Так	Так	Так
3.5. Транспортування до найближчого медичного закладу відповідного профілю у випадку необхідності надання екстреної стаціонарної допомоги	Так	Так	Так	Так

Таблиця №2

Додаткове покриття				
	Е	Ф	Г	Н
Назва Програми страхування	Діагностика (базова) +	Діагностика (базова)	Діагностика (COVID) +	Діагностика (COVID)
Страхова сума на 1 Застрахованого	5 000 грн	5 000 грн	5 000 грн	5 000 грн
Страхові ризики	1) гостре захворювання; 2) загострення хронічного захворювання; 3) нещасний випадок ----		1) гостре захворювання; 2) загострення хронічного захворювання; 3) нещасний випадок; 4) захворювання на COVID;	
Франшиза	10,00%	20,00%	10,00%	20,00%
4. ДІАГНОСТИКА	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг	Передбачено в межах наступних послуг
4.1. Рентгенологічні (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок; *комп'ютерна томографія (КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) при невідкладних станах (ГПМК, травми тощо)	Так	Так	Так	Так
4.2. Ендоскопічні (фіброгастроскопія,	Так	Так	Так	Так

колоноскопія), ультразвукові (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), функціональні (РЕГ, ЕЕГ, ЕХО-ЕГ, доплерографія, холтеровське моніторування ЕКГ та АТ, реовазографія, реоплетізмографія, полікардіографія) методи діагностики при невідкладних станах				
4.3. Лабораторна діагностика (клінічні, біохімічні, гормональні дослідження крові, до трьох показників на весь період дії договору) за призначенням лікаря	Так	Так	Так	Так

Таблиця №3

Умови надання видів допомоги та послуг, передбачених програмою страхування	
Назва виду допомоги / послуги	Особливості умови надання, деталізація
АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	<p>Медична допомога Застрахованому при настанні страхового випадку, стан якого не потребує постійного перебування його в медичному закладі та постійного контролю медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Організовується Страховиком на умовах Програми страхування згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.</p>
МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БАЗОВЕ	<p>Забезпечення Застрахованого офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами та засобами медичного призначення (шприци, бинти, крапельниці тощо), що передбачені протоколами лікування та призначені лікарем з лікувальною метою, в схемі лікування основного захворювання (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань), один курс лікування до 30 днів та на умовах Програми страхування.</p> <p>Додатково дана послуга поширюється також на засоби медичного призначення:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіпсові пов'язки, звичайні пов'язки типу «Скотч-каст», «Софт-каст», «Турбо-каст», засоби, необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо); - препарати для діагностичних обстежень, а саме рентген-контрасти, препарати для діагностичних обстежень; - у випадку проходження стаціонарного лікування додатково покриваються засоби особистого догляду (один комплект в об'ємі, необхідному у випадку проведення оперативного втручання); <p>Дана послуга не поширюється на гомеопатію, снодійні та заспокійливі засоби, препарати гепатопротекторної та хондропротекторної дії, пробіотики, протигрибкові препарати, ферментні препарати, препарати ноотропної дії, полівітамінні та мінеральні комплекси, препарати, що впливають на імунну систему, метаболічної дії, біогенні препарати, біостимулятори та препарати ангіопротекторної дії.</p> <p>Страховик організовує та фінансує придбання медикаментів виключно на період, що залишився до закінчення дії Договору страхування (крім випадків продовження екстреного стаціонарного лікування строком не більше 7 (семи) днів, якщо на дату завершення дії Договору Застрахований знаходиться на екстреному стаціонарному лікуванні з приводу страхового випадку, що настав протягом дії Договору).</p> <p>Механізм організації медикаментозного забезпечення наступний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - після визначення плану лікування, лікар зв'язується з Страховиком та узгоджує перелік медикаментів, необхідних для лікування Застрахованого;

	<p>- Застрахований отримує визначені медикаменти в узгодженому з Страховиком аптечному закладі (Страховик одноразово резервує дані медикаменти в аптеці, терміном на 1 добу; у випадку, якщо Застрахований не має змоги отримати їх в аптеці, йому рекомендується повторно зателефонувати до Страховика та переконатись в наявності препарату в аптеці);</p> <p>- доставка медикаментів здійснюється за наявності такої послуги в аптеці, що співпрацює з Страховиком, в регіоні, де знаходиться Застрахований, згідно з умовами Програми страхування та за правилами, що визначені такою аптекою, із врахуванням розкладу роботи аптечного закладу.</p>
СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	<p>Медична допомога в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають надання медичної допомоги Застрахованому під цілодобовим наглядом медичного персоналу в стаціонарних умовах, а ненадання такої медичної допомоги може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Організовується Страховиком цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні. стаціонарна допомога включає послуги, передбачені Програмою страхування.</p>
СТАЦІОНАР ЕКСТРЕНИЙ	<p>Надання медичної допомоги при невідкладних станах в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли поміщення Застрахованого в стаціонар має бути здійснено невідкладно (протягом 24 годин), а рішення про екстрену госпіталізацію приймається лікарем бригади швидкої/невідкладної допомоги або лікарем поліклініки.</p> <p>У випадках, коли Застрахований знаходиться на екстреному стаціонарному лікуванні та дія Договору страхування закінчується, Страховик продовжує сплачувати медичні послуги в межах та за умовами опції «Екстрений стаціонар», але не більше 7 (семи) днів після закінчення дії Договору.</p>
ШВИДКА ДОПОМОГА	<p>Медичні послуги (допомога) при станах, що потребують екстреної або невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму Застрахованого. Надається до стабілізації стану Застрахованого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги. Організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.</p> <p>Основні симптоми, при яких необхідно викликати швидку допомогу визначаються відповідно до Протоколів лікування.</p> <p>Страховик не сплачує послуги виклику бригади швидкої медичної або невідкладної допомоги в наступних випадках:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виклик бригади швидкої медичної допомоги на неіснуючу, неповну або неточну адресу, яку було вказано лікарю-координатору Страховика чи диспетчеру служби швидкої медичної допомоги; - відсутність Застрахованого за адресою, вказаною при виклику бригади швидкої допомоги; - виклик бригади швидкої медичної допомоги до осіб, що не є Застрахованими за Договором; - виклик бригади швидкої медичної допомоги з метою одержання або призначення планової терапії, виміру артеріального тиску, планових ін'єкцій тощо, планової госпіталізації, а також одержання медичної документації (рецептів, медичних довідок або висновків); - виклик бригади швидкої медичної допомоги у випадку виникнення медичних станів, що не ставлять під загрозу життя Застрахованого; - виклик бригади швидкої медичної допомоги до Застрахованого, що перебуває у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння (окрім випадків, що становлять загрозу життю Застрахованого).
ДІАГНОСТИКА	<p>Лабораторні та інструментальні дослідження на умовах Програми страхування, що передбачені протоколами лікування та призначені лікарем, за основним захворюванням (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) або диференційована діагностика між страховим і не страховим діагнозом (при цьому діагностика проводиться за страховим діагнозом). Не покриваються види досліджень, які направлені на уточнюючу діагностику для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування.</p>

Таблиця №4

Інші особливості застосування Програми страхування

1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Застрахований **невідкладно (до звернення в Медичний заклад)** зобов'язаний повідомити Страховика за телефоном **0 800 303 911** (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно.
2. Після отримання повідомлення Страховик, в разі визнання випадку страховим, організовує та оплачує надання Застрахованому відповідних видів допомоги та послуг, передбачених обраною за цим Договором Програмою страхування, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик замовляє для Застрахованого певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з медичним закладом, гарантує їх оплату.
3. **Самостійна організація** медичної допомоги і послуг Страхувальником / Застрахованим з подальшою компенсацією понесених витрат Страховиком відповідно до умов Пропозиції та Програми страхування **не передбачена**. Такі події не є страховим випадком за цим Договором, Страховик відмовляє у виплаті страхового відшкодування за такими випадками.
4. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медичні послуги Застрахованому надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує його особу.
5. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені цим Договором та обраною Програмою страхування, за направленням Страховика. **Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика.**
6. Перелік медичних закладів для обслуговування Застрахованих за цим Договором міститься на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchet-y-i-licenzii/publichnaja-oferta.html> .
7. Страхове покриття за Договором (зобов'язання Страховика щодо страхової виплати) починається із врахуванням **періоду очікування, що становить 14 (чотирнадцять) днів** з дати набрання чинності Договором. Період очікування страхового випадку – проміжок часу від дати набрання чинності Договором, протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Страхова виплата не здійснюється, якщо подія сталася протягом перших 14 (чотирнадцяти) днів з дати набрання чинності цим Договором.

Голова Правління ПрАТ СК «ВУСО»
А.В. Артюхов



Додаток №2

до Пропозиції щодо укладення договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)

ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

1. Причини відмови Страховика у здійсненні страхової виплати :

- 1.1. Подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору (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;
- 1.2. Недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, передбаченого даним Договором, без поважних на це причин;
- 1.3. Недотримання Застрахованою особою режиму медичного закладу, призначеного лікування без поважних на це причин;
- 1.4. Створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 1.5. Отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
- 1.6. Спілкування Застрахованої особи з координаторами Асистансу з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови (окрім випадків організації екстреної медичної допомоги);
- 1.7. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок захворювання, що потребує проведення лікування в медичних установах закритого типу;
- 1.8. Звернення за відшкодуванням витрат на страхові послуги пізніше, аніж через 30 днів після отримання відповідних послуг;
- 1.9. Інші випадки, передбачені законодавством.

2. Не покривається будь-яка діагностика, лікування та корекція щодо:

- 2.1. Безпліддя, клімаксу, синдрому полікістозних чи виснажених яєчників, порушень менструального циклу, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункції, ендометріозу, мастопатії будь-якої форми;
- 2.2. В гінекології та урології:
 - 2.2.1. класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВООЗ;
 - 2.2.2. інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиломи, контагіозний моллюск;
 - 2.2.3. вірусу папіломи людини, ТОРЧ-інфекцій;
 - 2.2.4. запальних захворювань сечостатевої системи у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в п.2.2.1-2.2.3, до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;
- 2.3. Гострі та хронічні кольпіти, цервіцити, вульвовагініти, дисбіози/дисбактеріози, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології;
- 2.4. ВІЛ/ СНІД; лікування Застрахованих, інфікованих ВІЛ та пов'язаних з ним захворювань, включаючи СНІД, похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення;
- 2.5. Захворювань чи станів, які пов'язані з порушеннями обміну речовин (порушення обміну вуглеводів, білків і жирів, вітамінів і мікроелементів та інші);
- 2.6. Особливо небезпечних інфекцій за класифікацією МОЗ, в тому числі коронавірусна хвороба COVID-19 ;
- 2.7. Вроджених аномалій, вад розвитку, спадкових захворювань (генних, геномних, хромосомних);
- 2.8. Захворювання органів зору, окрім інфекційних та алергічних; халязіон, окрім стану запалення;
- 2.9. Психічних захворювань, депресивних станів, психологічних проблем, порушень мови; алкогольної, тютюнової та інших залежностей, абстинентного синдрому, детоксикаційної терапії; неврозів, неврастенії, синдрому хронічної втоми; захворювань, які стали наслідком навмисного заподіяння своєму здоров'ю шкоди чи тілесних пошкоджень;
- 2.10. Паразитарних хвороб;
- 2.11. Професійних хвороб, визначених наказами МОЗ України; променевої та кесонної хвороб;
- 2.12. Хронічних хвороб в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 2.13. Захворювань шкіри та придатків шкіри; педикульоз, новоутворень шкіри та придатків, окрім ускладнених випадків доброякісних новоутворень (травматичне ушкодження, запалення);
- 2.14. Мікозів будь-якої локалізації;
- 2.15. Будь-яких стоматологічних послуг;

- 2.16. ВСД, НЦД, енцефалопатій будь-якого ґенезу, стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань головного та спинного мозку, периферійної нервової системи; синдрому хребтової артерії, міґрені;
 - 2.17. Профілактичного лікування або лікування не згідно Протоколів лікування МОЗ;
 - 2.18. Імунних захворювань, у тому числі алергічних.
 - 2.19. Захворювань опорно-рухового апарату (в тому числі їх наслідків): дегенеративних захворювань, захворювання суглобів кінцівок, нестабільності суглобів, остеохондрозу, хребцевої кили, спондилоартрозу, спондилолістезу, проведення планового лікування (в тому числі оперативного) менісків, зв'язок, кіст суглобів. Терапевтичне лікування проводиться нестероїдними протизапальними засобами і тільки у випадку наявності гострого запального процесу 1 курс до 7 днів без повторних консультацій;
- 3. Не покривається будь-які послуги після встановлення діагнозу (в тому числі уточнююча діагностика) щодо:**
- 3.1. Аутоімунних захворювань, ревматизму, саркоїдозу, муковісцидозу, системних захворювань сполучної тканини, серонегативних спондилоартритів; демієлінізуючих захворювань;
 - 3.2. Вірусних гепатитів, окрім гепатиту А, мікс-гепатитів, хронічної печінкової недостатності, стеатозу і цирозу печінки;
 - 3.3. Онкологічних захворювань:
 - злоякісних новоутворень, в тому числі захворювань крові та кровотворних органів;
 - доброякісних новоутворень будь-якої локалізації, окрім шкіри та придатків;
 - кістозних утворень будь-яких органів, гіперплазії ендометрію, ектропіону, дисплазії чи лейкоплакії шийки матки;
 - 3.4. Хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, захворювань щитоподібної залози;
 - 3.5. Хронічної венозної недостатності, хронічних захворювань периферійних судин, у тому числі геморою, окрім екстреної медичної допомоги та невідкладної госпіталізації (тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вузлів та інше); кардіоміопатій.
- 4. Не покриваються наступні види допомоги та послуги:**
- 4.1. Безпосередньо чи опосередковано пов'язаних з вагітністю, пологами чи народженням дитини; окрім проведення тестів на вагітність у стаціонарних умовах за медичними показаннями;
 - 4.2. Диспансерних, планових, профілактичних; лікування в профілакторіях та санаторіях, оздоровчі процедури (плавання, масаж, та інше); Реабілітація;
 - 4.3. Вакцинацій, окрім вакцинації від правця та сказу за медичними показаннями;
 - 4.4. Будь-яких планових медичних послуг та медикаментозного забезпечення, якщо лікування було заплановано до початку дії Договору страхування;
 - 4.5. Лікування нетрадиційними методами (гіпнозу, психотерапії, іридодіагностики, біокорекції, рефлексотерапії, гірудотерапії, лазеротерапії та інші)
 - 4.6. Будь-яких косметологічних чи пластичних, окрім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні чи опіках, які стали наслідком нещасного випадку;
 - 4.7. Трансплантації органів і тканин, окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі; операції на серці;
 - 4.8. Будь-яке протезування; придбання медичного устаткування, що замінює та/або корегує функції уражених органів;
 - 4.9. Транспортних витрат за межами тридцятикілометрової зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада екстреної допомоги; транспортування у медичний заклад при медичній допомозі у плановому порядку або при екстреній стоматологічній допомозі; транспортування Застрахованого неспеціалізованим медичним транспортом;
 - 4.10. Послуг косметолога, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, гомеопата;
 - 4.11. Перебування в палатах підвищеної вартості /комфарту;
 - 4.12. 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;
 - 4.13. Консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом (дані послуги можуть бути надані за рішенням Страховика в кожному конкретному випадку, переважно для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом);
 - 4.14. З приводу станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати тощо);
 - 4.15. Екстракорпоральних методів лікування, як то плазмафарез, плазмасорбція, ультрафільтрація, лімфасорбція, лейкоцитофарез, мембранна оксигенація та інших;
 - 4.16. Альтернативних консультацій, якщо Застрахований не згоден з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування; переведення Застрахованого з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;

- 4.17. Фахівців, вартість послуг яких є більшою від вартості послуг звичайних фахівців (провідні фахівці та експерти, кандидати і доктори наук, завідувачі відділеннями, консультації поза розкладом та інші);
- 4.18. Надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів міліції, довідок в басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);
- 4.19. Набутих в результаті професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань), або заняття на аматорському рівні екстремальними видами спорту, а саме: парашутним чи планерним спортом, дельтапланеризмом, іншими авіаційними видами спорту, фрістайлом, автототоспортом, альпінізмом, скелелазанням, рафтингом, підводними чи підземними видами спорту, - якщо інше прямо не вказано у тексті цього Договору;
- 4.20. Відшкодування вартості благодійної допомоги, благодійних внесків;
- 4.21. Які не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків екстреної медичної допомоги;
- 4.22. Наданих Застрахованому за одним страховим випадком понад 30 (тридцять) календарних днів від початку лікування (окрім лікування інфаркту міокарду, інсульту, запальних захворювань серця; пневмонії з дихальною недостатністю II – III ст. підтвердженою інструментально; гострого бронхіту з обструктивним синдромом у стаціонарі; переломи; запальні захворювання головного мозку).

5. Не покриваються наступні медичні препарати та засоби:

- 5.1. Що не зареєстровані в Україні як лікарські засоби (харчові домішки та інші);
- 5.2. Полівітамінних комплексів з мінералами; гомеопатичних і фітопрепаратів; гепатопротектори (розторопша, рутка, аргінін, антраль, артишок, адеметіонін, силімарин, біциклол, тіазотна к-та, есенційні фосфоліпіди, і т.д.), хондропротектори (препарати хондроїтину, гіалуронової к-ти, глюкозаміну), ангіопротектори;
- 5.3. кровозамінники, препаратів для парентерального живлення (окрім випадків, коли парентеральне живлення потрібне в зв'язку з перебуванням в реанімаційному відділенні)
- 5.4. засоби, що впливають на свідомість, як то психотропні, седативні, снодійні, ноотропні, антидепресанти, та інші;
- 5.5. гіполіпідемічних препаратів, крім випадків захворювання гострим інфарктом міокарда курсом до шестидесяти днів;
- 5.6. імуномодуляторів/стимуляторів; імунодепресантів (азатіопрін, циклофосфан) та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему; стимуляторів загальної дії (Бітнер, Біовіталь, Доппель Герц та інші); пробіотиків;
- 5.7. матеріалів для пластики, допоміжних засобів, в тому числі бандажів, милиць, конструкцій для остеосинтезу, окулярів, стентів (в т.ч. тих, що самостійно розсмоктуються);
- 5.8. засобів догляду: сечо- та калоприймачі, підгузки, одноразовий одяг, одноразові серветки, простирадла, інших; дезинфікуючих засобів;
- 5.9. засобів особистої гігієни, косметичними засобів; лікарських форм та препаратів для профілактики та лікування захворювань шкіри;
- 5.10. апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, відеокапсули тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), небулайзерів
- 5.11. гормональних медичних препаратів, якщо вони призначені як замісна та/або довготривала (більше 30-ти днів) протизапальна терапія; препаратів-аналогів гонадотропін–релізінг–гормону (золадекс, диферелін тощо);
- 5.12. медичні інструменти багаторазового використання, пристрої, лікувальні та діагностичні медичні прилади, апарати, медичне обладнання та комплектуючі до нього (в т.ч. одноразового використання), комплектуючі для проведення лапароскопічних та артроскопічних операцій, апарати для діагностики в домашніх умовах (інгальтори, тонометри, глюкометри тощо) та витратні матеріали до них (тест-системи), відокапсули.

6. Зазначені в цьому Додатку 2 Виключення зі страхових випадків застосовуються, якщо інше не передбачено обраною Програмою страхування (Додаток 1 до Пропозиції).

Голова Правління ПрАТ СК «VUSO»
А.В. Артюхов

