

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Розпорядженням  
№01-01-24/2.0.  
від 01.01.2024 р.

## **ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», що визначений пунктом 2 частини першої статті 4 Закону України «Про страхування»,

за ризиком в межах класу страхування «Медичне страхування», зазначеним у підпункті 2 пункту 13 глави 4 розділу II Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування (Постанова Правління НБУ № 182 від 25.12.2023)

# ПРЕАМБУЛА

---

Ці Загальні умови страхового продукту медичного страхування (далі – Загальні умови страхового продукту) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ВУСО», місцезнаходження 03150, м. Київ, вул. Казимира Малевича, 31, код ЄДРПОУ – 31650052, внесено до Реєстру фінансових установ розпорядженням Нацкомфінпослуг №1224 від 24.06.2004 року, реєстраційний номер 11100829, (далі – Страховик), є внутрішнім документом Страховика, визначеним відповідно до частини першої статті 89 Закону України «Про страхування», та встановлює загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за страховим продуктом медичного страхування за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», що визначений пунктом 2 частини першої статті 4 Закону України «Про страхування», за ризиком в межах класу страхування «Медичне страхування», зазначеним у підпункті 2 пункту 13 глави 4 розділу II Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування (Постанова Правління НБУ № 182 від 25.12.2023).

Загальні умови страхового продукту визначаються на підставі внутрішньої політики з андеррайтингу та внутрішньої політики з розроблення та впровадження страхових продуктів, розроблених та затверджених Страховиком відповідно до вимог до розроблення таких політик, встановлених нормативно-правовими актами Регулятора.

Страховик зобов'язаний розміщувати та зберігати на своєму веб-сайті <https://vuso.ua/> у відкритому доступі всі редакції Загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених нормативно-правовими актами Регулятора. Всі попередні редакції цих Загальних умов страхового продукту (за наявності) зазначаються в Розділі 14 цих Загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії шляхом викладення гіперпосилань на них.

Страховик зобов'язаний розмістити на своєму вебсайті, уключаючи його мобільну версію, у відкритому доступі Загальні умови страхового продукту відповідно до вимог до розкриття інформації клієнтам і споживачам, установлених законодавством України, не пізніше ніж за один день до дати укладення першого договору страхування відповідно до цих Загальних умов страхового продукту.

Страхування здійснюється на підставі договору медичного страхування (далі – Договір страхування, Договір), який укладається відповідно до цих Загальних умов страхового продукту.

Страховальником за Договором може бути дієздатна фізична особа (громадянин України, іноземний громадянин чи особа без громадянства), фізична особа-підприємець або юридична особа, що уклала із Страховиком Договір страхування.

## 1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

---

1.1. Якщо умовами конкретного Договору страхування не передбачено інше, терміни та поняття вживаються в Договорі страхування мають таке значення:

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

**Картка Застрахованої особи** – картка, видана Страховиком Застрахованим особам за Договором, призначена для ідентифікації / авторизації Застрахованої особи при зверненні в Медичні заклади. При цьому підтвердження особи, вказаної в Картці Застрахованої

особи, здійснюється на підставі паспорта або іншого документа, що посвідчує особу згідно з законодавством. Картка Застрахованої особи засвідчує право Застрахованої особи на отримання медичних послуг згідно з обраною Програмою страхування та відповідно до умов Договору. Картка Застрахованої особи не може використовуватись іншими особами з метою отримання ними медичних послуг. Картка Застрахованої особи може бути пластиковою або у вигляді електронного зображення у електронному повідомленні, що направляється за контактними даними (на засіб зв'язку) Страхувальника / Застрахованої особи, зазначеними при укладенні Договору. Обслуговування Застрахованої особи в Медичних закладах, як правило, відбувається при пред'явленні Застрахованою особою Картки / її зображення.

**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. Особливою групою захворювань в Договорі виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом дії Договору.

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

**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.

**Загострення хронічного захворювання** – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням посилення 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 Застрахованої особи.

**Хронічне захворювання в стадії ремісії** – період перебігу хронічного захворювання Застрахованої особи, 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 Застрахованої особи порівняно з стадією загострення.

**Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю та працездатності Застрахованої особи.

**Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком, визначений згідно з Договором. До Медичних закладів належать заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, фізичні особи-підприємці, основними завданням яких є забезпечення медичного обслуговування шляхом надання медичних послуг та/або надання реабілітаційної допомоги згідно з чинним законодавством України (медичні заклади МОЗ України, АН України, відомчі медичні заклади, приватні клініки, аптеки, діагностичні та консультативні центри, стоматології тощо), з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. До Медичних закладів прирівнюються також установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації, зокрема, оздоровчо-профілактичні заклади (басейни, тренажерні зали тощо), асистуючі компанії, що не є структурним підрозділом Страховика, з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. Перелік Медичних закладів, в яких відбувається обслуговування застрахованих осіб доступні на веб-сайті Страховика за посиланням, вказаним в Договорі страхування.

**Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження). Обсяг видів допомоги та послуг, передбачений Договором для Застрахованої особи, повністю відображений в Програмі страхування, що має перевагу перед іншими частинами Договору.

**Декларація про стан здоров'я** – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором страхування та/або цими Загальними умовами страхового продукту.

**Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам на умовах, передбачених Договором.

1.2. Договір страхування може містити інші терміни, не вказані в цих Загальних умовах страхового продукту або може містити зазначені терміни в іншій інтерпретації, уточнені та/або деталізовані, що визначається за домовленістю сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

1.3. Відповідно до вимог чинного законодавства Договір страхування не може містити: понять та/або термінів, які за своєю економічною суттю пересікаються та/або збігаються з іншими поняттями або термінами, визначеними законодавством України; понять та/або термінів, визначених законодавством України, у власній інтерпретації Страховика таких понять та/або термінів.

## **2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ**

---

2.1. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування, та які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

2.2. Страхове покриття страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту, які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

2.3. Дія Договору страхування може поширюватись на територію України та/або на територію інших країн (весь світ). При цьому виключення окремих територій зі страхового покриття передбачається Договором страхування.

2.4. Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства.

2.5. Для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік та обсяг видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором страхування, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).

## **3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

---

### **3.1. Страховик має право:**

3.1.1. на отримання страхової премії у обсязі та строки, передбачені Договором страхування;

3.1.2. на отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору страхування, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи;

3.1.3. присвоювати класи/категорії Медичних закладів, що здійснюватимуть надання медичних та інших послуг Застрахованим особам за Договором, залежно від цінової та сервісної політики таких Медичних закладів, розміщувати їх Перелік на веб-сайті, а також згідно з вносити зміни до Переліку Медичних закладів та вживати інших заходів згідно з п.15.11. цих Загальних умов страхового продукту;

3.1.4. з'ясовувати причини та обставини страхових випадків за Договором, зокрема: отримувати від Застрахованої особи, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованої особи, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю; залучати незалежних експертів або спеціалістів, про що Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду у спосіб, погоджений сторонами відповідно до законодавства;

3.1.5. відмовити Страхувальнику/Застрахованій особі у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього;

3.1.6. 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 вказаний в Договорі страхування строк з дати отримання повного пакету документів згідно з Договором;

3.1.7. вимагати доплати страхової премії у випадках та порядку, передбачених Договором;

3.1.8. видати на кожну Застраховану особу картку із зазначенням номера полісу, телефону Страховика для звернення при настанні страхових випадків. При цьому Картка Застрахованої особи не може бути використана без документа, що посвідчує її особу;

3.1.9. перевіряти інформацію, надану в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, а також відмовити у прийнятті на страхування окремих осіб на основі такої інформації або запропонувати індивідуальні умови страхування.

### **3.2. Страховик зобов'язаний:**

3.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування за Договором та Загальними умовами страхового продукту у спосіб, передбачений законодавством;

3.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору;

3.2.3. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на заяву Страхувальника / Застрахованої особи, повідомити Страхувальника / Застраховану особу в письмовій формі про прийняте рішення не пізніше визначеного Договором страхування строку з дати його прийняття;

3.2.4. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію про Медичні заклади та їх категорії на веб-сайті Страховика за вказаним у Договорі страхування гіперпосиланням;

3.2.5. дотримуватись порядку врегулювання, передбаченого Договором страхування та його додатками;

3.2.6. з урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

### **3.3. Страхувальник зобов'язаний:**

3.3.1. своєчасно та у повному обсязі сплатити страхову премію відповідно до умов Договору;

3.3.2. отримати згоду фізичної особи на укладення Договору відносно неї, а також ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування; повідомлення Страхувальником фізичних осіб про намір укласти Договір на їх користь здійснюється Страхувальником у будь-який спосіб, при цьому якщо до моменту набрання Договором чинності Застрахована особа не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору щодо неї, то такий Договір вважається укладеним на користь Застрахованої особи на умовах, передбачених Договором страхування; у випадку, коли умовами Договору на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за Договором, то Страховик повинен отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи;

3.3.3. забезпечити видачу Застрахованим особам Карток Застрахованих осіб (у разі їх замовлення та отримання від Страховика), якщо інше не передбачено Договором страхування;

3.3.4. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкта Договору страхування, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо) і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеня страхового ризику (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) протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли Страхувальнику / Застрахованій особі стало відомо про зміну ступеня ризику;

3.3.5. забезпечити заповнення Застрахованою особою Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи за формою, наданою Страховиком, у випадках, передбачених Договором страхування;

3.3.6. повідомляти Страховика протягом строку дії Договору про зміну прізвищ, адрес та інших даних про Застраховану особу, необхідних для виконання Договору страхування, – в строк, передбачений Договором страхування після настання відповідних змін;

3.3.7. повідомляти Страховика про зміни в Переліку Застрахованих осіб (включення або виключення осіб до/з Переліку Застрахованих осіб, бажану зміну Програми страхування для конкретної Застрахованої особи тощо) в строк, передбачений Договором страхування;

3.3.8. протягом 5 років зберігати оригінали документів, поданих для отримання страхової виплати у формі засвідчених або простих копій;

3.3.9. дотримуватись умов Договору.

### **3.4. Страхувальник має право:**

- 3.4.1. на роз'яснення умов страхування за Договором страхування та Загальними умовами страхового продукту у спосіб, передбачений законодавством;
- 3.4.2. вимагати сплати Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування;
- 3.4.3. у разі настання страхового випадку – на організацію Страховиком для Застрахованої особи медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування, та на умовах, визначених Договором;
- 3.4.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за Договором, неповного чи неякісного надання такої допомоги;
- 3.4.5. на безоплатне одержання дублікату Картки Застрахованої особи у випадку її втрати, якщо така Картка видавалась Застрахованій особі.
- 3.5. У разі, коли Застрахована особа є неповнолітньою особою – її права та обов'язки здійснюють його законні представники.
- 3.6. Сторони Договору та Застрахована особа можуть мати також інші права та обов'язки, передбачені Договором та додатками до нього, а також законодавством України. Зазначений в цих Загальних умовах перелік прав та обов'язків сторін Договору страхування застосовується, якщо інше не передбачено сторонами Договору страхування.
- 3.7. 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 страхової виплати, якщо інший розмір пені не погоджено Сторонами в Договорі страхування.
- 3.8. Договором страхування може бути передбачено, що у випадку, якщо згідно з Договором передбачено відстрочення оплати страхової премії (якщо термін сплати страхової премії йде пізніше дати початку Договору / періоду страхування) та у випадку несплати страхової премії / чергової страхової премії у розмірі та у терміни, передбачені Договором – Страхувальник на письмову вимогу Страховика зобов'язаний повернути Страховику суму фактично здійснених страхових виплат / компенсувати витрати Страховика, понесені для здійснення страхових виплат. При цьому Страхувальник має право звернутися до особи, на користь якої здійснено страхову виплату, за компенсацією понесених Страхувальником витрат по поверненню Страховику фактично виплачених страхових виплат / витрат для здійснення страхових виплат.
- 3.9. Договором страхування може бути передбачено, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

## **4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ**

---

4.1. Зміни до Договору страхування можуть бути внесені за згодою сторін Договору шляхом укладення додаткової угоди до Договору страхування. Зміни до Договору вносяться та надаються Страхувальнику у тій же самій формі та порядку, що і Договір, до якого вносяться зміни.

4.2. Договорі страхування може бути передбачений спеціальний порядок внесення змін в Договір, що стосується виключення та / або додавання Застрахованих осіб до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, зміни для окремих Застрахованих осіб Програми страхування, строків повідомлення Страхувальником про зміни в переліку Застрахованих та строки внесення відповідних змін до Договору сторонами, застосування передбачених Договором формул, розрахунків та умов для визначенні страхової премії по відношенню до осіб, які підлягають страхуванню на термін менше 1 (одного) року, порядок розрахунку лімітів за опціями Програми страхування для таких осіб, формулу розрахунку суми до повернення у разі виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, умови та порядок застосування зміни Програми страхування для окремих Застрахованих осіб за Договором страхування, випадки та умови заміни однієї Застрахованої особи іншою, спеціальний порядок дій у разі помилкового укладення Договору на користь однієї з осіб, які не можуть бути застраховані за умовами Договору страхування, а також інші випадки, формули та розрахунки, погоджені сторонами в Договорі страхування.

4.3. У разі зміни адреси, назви або банківського рахунку Страховика або Страхувальника, зміни в Договір вносяться лише у випадку вимоги Сторони Договору про внесення змін шляхом підписання додаткової угоди до Договору. У разі відсутності такої вимоги Сторона, в якій відбулися зміни, має право повідомити іншу Сторону про вказані зміни шляхом надсилання листа на поштову адресу іншої Сторони або на електронну адресу, зазначену в реквізитах Сторін Договору. У разі не надсилання такого повідомлення Сторона, яка не повідомила про зміни, самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків.

4.4. Якщо Договором страхування передбачено розміщення Страховиком актуального переліку Медичних закладів, що здійснюють обслуговування Застрахованих осіб за Договором страхування, на веб-сайті Страховика за вказаним в Договорі гіперпосиланням, то Договором страхування може бути передбачено право Страховика вносити зміни у такий перелік Медичних закладів та відображати їх на веб-сайті Страховика за гіперпосиланням, вказаним в Договорі страхування, що не є зміною умов Договору і не потребує укладення додаткової угоди до Договору у випадках:

у разі ліквідації Медичного закладу як юридичної особи, зміни форми власності чи назви, або при невиконанні з боку Медичного закладу умов договору між Страховиком та Медичним закладом щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам, або при зростанні цін на медичні послуги більше ніж на визначений Договором страхування відсоток протягом строку дії Договору. У таких випадках Страховик має право змінити в односторонньому порядку перелік та класи / категорії медичних закладів, які визначені в Переліку Медичних закладів Страховика, що розміщений на веб-сайті Страховика за вказаним в Договорі страхування гіперпосиланням, або виключити окремі Медичні заклади із Переліку Медичних закладів

за Договором / Програмою страхування або за погодженням зі Страхувальником встановити обмеження (франшизи) на послуги Медичних закладів, за якими збільшився клас / категорія Медичного закладу. У разі звернення Застрахованої особи до Страховика у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, Страховик інформує Застраховану особу про актуальний перелік Медичних закладів та присвоєні класи / категорії Медичним закладам, в яких можуть бути надані медичні послуги Застрахованій особі.

4.5. Якщо інше не передбачено Договором страхування, підставами припинення дії Договору є:

4.5.1. **припинення дії Договору за згодою Сторін Договору.** При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді;

4.5.2. **припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме:**

- закінчення строку дії Договору. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику;
- несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами); при цьому Договір страхування може передбачати спеціальний порядок дії / припинення страхового захисту у випадку несплати чергової частини страхової премії за Договором, погоджений Сторонами в такому Договорі;
- ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачену страхову премію особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду;
- в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.

4.5.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціююча Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому:

4.5.3.1. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника** Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена

порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю;

**4.5.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика** Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

4.6. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові премії сплачувалися в безготівковій формі.

4.7. Повернення сплаченої страхової премії або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Загальних умов страхового продукту, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування або додатковою угодою Сторін.

4.8. При достроковому припиненні дії Договору страхування, за яким залишилися не врегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

## **5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

---

5.1. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачену страхову премію у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі.

У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страхову премію повністю протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

## **6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

---

6.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком (згідно з визначенням страхового випадку в Договорі страхування), Застрахована особа невідкладно (до звернення в Медичний заклад)

зобов'язана повідомити Страховика за контактними даними Страховика, вказаними в Договорі страхування (за телефоном гарячої лінії Страховика, цілодобово), та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Картки (полісу) Застрахованої особи та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи, обставини настання події та номер Картки (полісу) Застрахованої особи.

6.1.1. Після отримання повідомлення Страховик, у разі визнання випадку страховим, організовує в строк, що не перевищує 2 (дві) години з моменту відповідного звернення, та оплачує надання Застрахованій особі відповідних видів допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування за Договором, в медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик замовляє для Застрахованої особи певний вид медичної допомоги та перелік послуг, узгоджує його з Медичним закладом, гарантує їх оплату. У разі невизнання випадку страховим Страховик діє в порядку, передбаченому п.8.2. цих Загальних умов страхового продукту та/або згідно з Договором страхування.

6.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про випадок та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п. 6.2. цих Загальних умов страхового продукту, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

6.2. Самостійне звернення Застрахованої особи в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком понесених витрат Застрахованої особи) допускається лише:

6.2.1. в екстрених випадках (при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Страховика до звернення в медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість, але не пізніше 48 годин з моменту настання випадку. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє самостійно повідомити Страховика, звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, які володіють повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи, обставини настання події та номер Картки (полісу) Застрахованої особи;

6.2.2. за погодженням зі Страховиком, коли Застрахована особа своєчасно повідомила Страховика, але через відсутність договірних відносин з медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги. Для цілей п.6.2.2. Загальних умов страхового продукту таким погодженням є наданий представником Страховика (лікарем-координатором гарячої лінії Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування) дозвіл на самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги за наявності визначених цьому пункті обставин.

6.3. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медичні послуги Застрахованій особі надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує її особу.

6.4. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана не пізніше, ніж за 2 (дві) години до призначеного прийому у лікаря (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста тощо), попередити Страховика за телефоном гарячої лінії Страховика, вказаним в Договорі страхування, про неможливість з'явитись на призначений прийом. У разі повідомлення

пізніше, ніж за 2 (дві) години, або неповідомлення послуга вважається наданою, а оплата вартості наступної відповідної послуги здійснюється самостійно Застрахованою особою.

## **7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

---

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

7.2. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором страхування та обраною Програмою страхування, за направленням Страховика. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика. Вибір Медичного закладу за конкретною подією, що має ознаки страхового випадку, здійснюється Страховиком за погодженням із Застрахованою особою.

7.3. Договором страхування може бути передбачено, що перелік Медичних закладів для обслуговування Застрахованих осіб за Договором міститься на веб-сайті Страховика за гіперпосиланням, вказаним в тексті Договору страхування (в тексті – «Перелік Медичних закладів»).

7.4. Класи/категорії Медичних закладів присвоюються Страховиком залежно від цінової та сервісної політики Медичних закладів та зазначаються Страховиком в Переліку медичних закладів.

7.5. У разі відсутності в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, медичного закладу, з якими співпрацює Страховик та/або за неможливості надання відповідних послуг врегулювання здійснюється в порядку компенсації Страховиком витрат Застрахованої особи – на умовах п.6.2. цих Загальних умов страхового продукту.

7.6. Перелік документів для здійснення страхової виплати, а також форма, спосіб та порядок подання переліку документів визначаються в Договорі страхування, з урахуванням наступного:

7.6.1. у разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком (у випадках, передбачених п.6.1. Загальних умов страхового продукту) – договорами з медичними закладами (у цьому випадку збір документів покладається на Страховика);

7.6.2. у разі врегулювання шляхом компенсації витрат Застрахованої особи (у випадках, передбачених п.6.2. Загальних умов страхового продукту) – Заява про здійснення страхової виплати за формою, наданою Страховиком, до якої додаються медичні та фінансові документи, що підтверджують медичні призначення, отримання медичних послуг Застрахованою особою, їх вартість та понесені фактичні витрати на оплату послуг (у такому випадку збір необхідних документів покладається на Застраховану особу). Додатково, при зверненні Застрахованої особи за телефоном гарячої лінії Страховика, вказаному в Договорі страхування) Страховик консультує Застраховану особу щодо такого переліку документів, їх форми, способу засвідчення та подання Страховику.

7.7. Договором страхування може бути передбачено, що:

7.7.1. заява Застрахованої особи про здійснення страхової виплати, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, які мають надаватися Сторонами на виконання умов Договору, можуть подаватися за допомогою

контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі та/або за контактними даними Застрахованої особи, вказаними Договорі;

7.7.2. Сторони узгодили що скановані / сфотографовані документи, подані за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі, та/або контактних даних Застрахованої особи, вказаних в Договорі, прирівнюються Сторонами до письмової форми з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та Договором; при цьому, Сторони та Застрахована особа, на користь якої укладено Договір, гарантують, що надані у такий спосіб документи є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа;

7.7.3. Страхувальник / Застрахована особа зобов'язані протягом 5 (п'яти) років зберігати оригінали документів, подані ним для отримання страхової виплати за правилами п.7.7. цих Загальних умов страхового продукту та на вимогу Страховика надати для ознайомлення та огляду оригінали документів протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання відповідного запиту від Страховика; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язуються повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату;

7.7.4. підписанням Договору страхування сторони (а Застрахована особа – наданням згоди на укладення Договору щодо неї) підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору страхування та відображених в Договорі страхування;

7.7.5. кожна зі Сторін (Застрахована особа, на користь якої укладено Договір) самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною (Застрахованою особою) інформації про контактні дані та несвоечасного (пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну контактних даних.

7.7.6. Заява про здійснення страхової виплати може бути сформована в інформаційно-телекомунікаційній системі (ІТС) Страховика.

7.8. Якщо інше не передбачено Договором страхування, усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати мають бути надані Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги (а у випадку стаціонарного лікування – протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дати виписки зі стаціонару), якщо інший строк подання таких документів не було погоджено Страховиком з урахуванням обставин конкретного страхового випадку.

7.9. Строк прийняття рішення за випадком (про визнання або невизнання випадку страховим) становить 5 (п'ять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:

7.9.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

7.9.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі / Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

7.10. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) робочих днів з дати складення страхового акту.

7.11. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування страхова виплата здійснюється:

7.11.1. у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком (згідно з п.6.1. цих Загальних умов страхового продукту) – безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахована особа отримала 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;

7.11.2. у разі компенсації витрат Застрахованої особи за погодженням із Страховиком (у випадках, передбачених п.6.2. цих Загальних умов страхового продукту) – безпосередньо на користь Застрахованої особи у безготівковій формі. Якщо внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованої особи – страхова виплата здійснюється спадкоємців Застрахованої особи згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати, складеній за формою, наданою Страховиком.

7.12. У разі, якщо згідно з Програмою страхування за одним випадком передбачено застосування кількох франшиз (залежно від класу / категорії Медичного закладу, залежно від виду медичної допомоги / послуги тощо), то Страховик здійснює комбіноване застосування таких франшиз відповідно до Програми страхування за Договором.

## **8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

---

8.1. Якщо інше не передбачено конкретним Договором страхування Страховик має право відмовити у страховій виплаті у наступних випадках / з наступним підстав:

8.1.1. у випадках, передбачених частиною другою статті 104 Закону України «Про страхування»;

8.1.2. невиконання вказівок Страховика (лікаря-координатора гарячої лінії Страховика за телефоном гарячої лінії Страховика, вказаним в Договорі страхування, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

8.1.3. настання події, що не підпадає під визначення страхового випадку згідно з умовами Договору страхування;

8.1.4. ненадання Страховику у випадках, передбачених Договором, документів, необхідних для прийняття рішення за подією, що має ознаки страхового випадку, у строк, передбачений Договором страхування;

8.1.5. у випадку самостійного звернення Застрахованої особи в Медичний заклад без попереднього погодження зі Страховиком (з порушенням порядку повідомлення, передбаченого Договором страхування);

8.1.6. наявність обставин, які є винятками зі страхових випадків та обмеженнями страхування, (Розділ 10 цих Загальних умов страхового продукту), при цьому конкретний перелік винятків зі страхових випадків та обмежень страхування зазначається в конкретному Договорі страхування.

8.2. У разі звернення Застрахованої особи щодо події, яка не визнається Страховиком страховим згідно з Договором страхування (у тому числі згідно з додатками до Договору),

Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованій особі за такою подією, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови Договору страхування та/або додатків до нього. У таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованої особи та за умови повідомлення про розмір витрат та необхідність їх самостійної оплати Застрахованою особою без подальшої компенсації Страховиком, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованій особі з подальшою оплатою відповідних видів медичної допомоги та послуг самою Застрахованою особою.

8.3. Якщо обставини, які можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від Застрахованої особи / Страхувальника компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати.

Така компенсація або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Застрахованою особою / Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними у такій вимозі.

У разі неповернення коштів Страховик має право при наступних зверненнях Застрахованої особи відмовити в організації та/або оплаті медичної допомоги повністю або частково (пропорційно розміру заборгованості перед Страховиком) або достроково припинити дію Договору у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

---

9.1. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення договору страхування. Таке інформування здійснюється відповідно до чинного законодавства шляхом розкриття відповідної інформації та розміщення її на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/> для доступу та самостійного ознайомлення клієнтами / Страхувальниками та іншими особами, на користь яких укладаються договори страхування.

За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит клієнта останньому надається безоплатна індивідуальна консультація, яку Страховик (страховий посередник) надає клієнту щодо умов страхових продуктів, що пропонуються, та рекомендації (пропозиції), який страховий продукт максимально відповідатиме вимогам та потребам клієнта у страхуванні (крім випадків, якщо клієнту пропонуються стандартні страхові продукти).

9.2. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування.

9.3. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне

значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи:

9.3.1. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- загальна кількість Застрахованих осіб;
- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожную Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;

9.3.2. відомості про об'єкт страхування:

- прізвище, власне ім'я, по батькові Застрахованої особи;
- дата народження Застрахованої особи;
- місто та домашня адреса (повна адреса фактичного проживання) Застрахованої особи;
- документ, що посвідчує особу (серія, номер) Застрахованої особи;
- РНОКПП Застрахованої особи;
- контактний телефон Застрахованої особи;
- електронна пошта (для надсилання електронної картки Застрахованої особи);
- категорія Застрахованої особи;
- інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- декларація про стан здоров'я Застрахованої особи;
- бажаний рівень Програми страхування для Застрахованої особи.

9.3.3. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у Застрахованої особи. Договір укладається з особами, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

9.4. Надання вказаної в п.9.3. інформації здійснюється Страхувальником Страховику шляхом заповнення форм документів (декларацій, заяв, анкет, опитувальників, переліку Застрахованих осіб тощо) або іншим способом, погодженим сторонами Договору страхування.

9.5. Страховий продукт, що пропонується клієнту, має відповідати вимогам та потребам клієнта у страхуванні. До укладення Договору страхування Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги цього клієнта у страхуванні. З метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні Страховик (страховий посередник) може запропонувати клієнту заповнити заяву на страхування (заяву-анкету, заяву-опитувальник тощо) за встановленою страховиком формою або в інший спосіб визначити потреби клієнта у страхуванні залежно від специфіки та складності страхового продукту та/або типу клієнта.

9.6. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, одним із наступних способів:

9.6.1. у паперовій формі; або

9.6.2. у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг"; або

9.6.3. у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію.

9.7. Надання Страхувальнику примірника Договору страхування здійснюється з урахуванням наступного:

9.7.1. примірник Договору страхування, укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком (посередником) Страхувальнику одразу після його підписання сторонами;

9.7.2. відправлення примірника Договору, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються у погоджений Страхувальником спосіб, зазначений у Договорі страхування, у порядку, передбаченому Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" або Законом України "Про електронну комерцію". Якщо Договором страхування не передбачено інше примірник Договору страхування направляється Страхувальнику за контактними даними, вказаними в Договорі страхування.

9.8. У разі якщо Договір страхування укладається шляхом приєднання, він складається з публічної частини Договору та індивідуальної частини Договору. При цьому назви індивідуальної та публічної частин Договору (поліс, сертифікат, акцепт, пропозиція, оферта тощо) можуть бути уточнені сторонами відповідних Договорів. Ці Загальні умови страхового продукту можуть бути формою публічної частини Договору, про що вказується у відповідному Договорі страхування, з урахуванням п.13.2. цих Загальних умов страхового продукту.

9.8.1. Публічна частина Договору страхування оприлюднюється та повинна бути доступною для ознайомлення клієнтів на веб-сайті Страховика, включаючи його мобільну версію, і надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations>. Усі редакції публічної частини Договору зберігаються на веб-сайті (веб-сторінці) Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених нормативно-правовими актами НБУ, але не менше трьох років з дати припинення дії останнього з договорів у відповідній редакції.

9.8.2. Індивідуальна частина Договору повинна містити інформацію, передбачену законодавством для договорів страхування, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені у публічній частині Договору.

Якщо індивідуальна частина Договору укладена в паперовій формі, примірник індивідуальної частини та додатки до неї (за наявності) надаються Страхувальнику одразу після підписання Договору.

Надання Страхувальнику примірника індивідуальної частини Договору, укладеної у формі електронного документа, та додатків до неї (за наявності) здійснюється у погоджений клієнтом спосіб, зазначений у договорі про надання фінансової послуги, у порядку, передбаченому Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" або Законом України "Про електронну комерцію". Якщо Договором страхування не передбачено інше індивідуальна частина Договору страхування направляється Страхувальнику за контактними даними, вказаними в Договорі страхування.

9.9. Договори, передбачені пунктом 9.6.3. цих Загальних умов страхового продукту, укладаються у порядку, встановленому Законом України "Про електронну комерцію" та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ.

9.10. Зміни до Договору страхування надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір, до якого зміни вносяться, якщо інше не визначено таким Договором або законом.

9.11. Укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, сертифікатом.

## **10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

---

**10.1. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахованими особами не можуть бути (якщо інше не передбачене Програмою страхування):**

10.1.1. Особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;

10.1.2. Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та (або) шкірно- венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

10.1.3. Особи, що страждають на тяжкі декомпенсовані форми захворювань серцево – судинної, ендокринної, видільної, нервової, опорно-рухової та інших систем; злякисні новоутворення в анамнезі;

10.1.4. ВІЛ – інфіковані;

10.1.5. Хворі на СНІД;

10.1.6. Особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані).

**10.2. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

10.2.1. З приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань;

10.2.2. За межами території дії Договору страхування;

10.2.3. Захворювання та/або травми, пов'язаних з невиправданим ризиком щодо (безпосередня участь Застрахованої особи у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, арешту; у випадку використання і зберігання зброї/вибухових речовин), а також професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань) або професійного чи аматорського заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, катання на ковзанах, бобслеєм, автотуралі, парашутним спортом, дайвінгом тощо);

10.2.4. Будь-якого захворювання та/або травми, які сталися з Застрахованою особою у зв'язку з війною, вторгненням, діями іноземних агресорів (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянською війною, бунтом, революцією, заколотом, повстанням, масовими заворушеннями, порушенням громадського порядку, страйками, облогою, спробою повалення уряду, будь-яким терористичним актом, диверсією;

10.2.5. Події, що сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, лікування гострих та хронічних променевих уражень;

10.2.6. Травми, отриманої Застрахованою особою у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, опіків та отруєнь, отримані під час перебування Застрахованої особи у перерахованих вище станах. Травми, отримані Застрахованою особою під час ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.2.7. Травм, отриманих у зв'язку з злочинними діями Застрахованої особи, які підтверджені вироком суду, в зв'язку з спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

10.2.8. Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://dec.gov.ua/> та на сайті МОЗ України за адресою: <https://guidelines.moz.gov.ua/>;

10.2.9. За одним страховим випадком, медичні послуги тривалістю більше 30 діб з дати настання страхового випадку (окрім травм) та/або медикаментозне лікування тривалістю більше 30 діб з дня призначення лікування;

10.2.10. Що проходить після закінчення строку дії Договору страхування (навіть якщо лікування та/або медикаменти були призначені під час дії Договору), крім випадків, коли невідкладне стаціонарне лікування розпочато в період дії Договору страхування та Страховик відшкодовує ЛПУ витрати на стаціонарне лікування не більше ніж за 10 днів після закінчення дії Договору страхування;

10.2.11. Захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та симптомів; персистуючих інфекцій; професійних захворювань;

10.2.12. Захворювань в стадії ремісії (у тому числі неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації);

10.2.13. Захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо);

10.2.14. Захворювань, у тому числі травм, набутих під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, стрілками ВОХОП, а також під час проходження військової служби;

10.2.15. Захворювання або нещасного випадку, пов'язаного з польотами у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа виступає у ролі пасажирів цивільного літального апарату, власник/перевізник якого має державну ліцензію на повітряне перевезення пасажирів;

10.2.16. У разі самолікування Застрахованої особи, а також захворювань та станів, що виникли у зв'язку з самолікуванням та невиконанням призначень лікаря;

10.2.17. У зв'язку із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі / законним представникам під час заповнення Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи (при оформленні такої Декларації на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Страховик, та не зазначені в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи;

**10.3. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів (нозологічної форми, синдрому), якщо інше не передбачено умовами Програми страхування. Нозологічні форми (код за МКХ-10):**

10.3.1. Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ) в тому числі Covid 19;

10.3.2. Вірусні гепатити (B16-B19), за виключенням гепатиту A (B15);

10.3.3. Хвороба, що викликана вірусом імунодефіциту людини [ВІЛ] (B20-B24); імунодефіцити (D80-D89);

10.3.4. Мікози (B35 – B49) будь-якої локалізації;

10.3.5. Класичні венеричні захворювання (A50-A64) (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, шанкрод, донованоз);

10.3.6. Саркоїдоз (D86);

10.3.7. Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування (E65-E68);

10.3.8. Порушення обміну речовин (E70-E90), в тому числі непереносимість лактози (E73), в тому числі муковісцидоз E84;

10.3.9. Гепатоз, цироз, стеатоз (K70, K74, K70);

10.3.10. Печінкова недостатність (K70-K77);

10.3.11. Келоїдні рубці (L 90);

10.3.12. Вагітність, пологи та післяпологовий період до моменту виписки із пологового будинку (O00 – O99), у тому числі визначення гормонів вагітності, проведення ультразвукової діагностики на виявлення вагітності, забезпечення тестами на виявлення вагітності;

10.3.13. Психічні захворювання, розлади та їх ускладнення (F00-F99), у тому числі розлади, пов'язані з вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків та інше), психопатії, неврози, астено-депресивні стани, тривожні розлади, епілепсія (окрім

екстрених станів), порушення (дефекти) мови, корекція психоемоційних станів; травми та соматичні хвороби, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

10.3.14. Вроджені та набуті вади, аномалії розвитку, генетичні, спадкові хвороби, у тому числі з порушенням хромосомного набору (Q00-Q99);

10.3.15. Дерматологічні хвороби: псоріаз (L40), дерматит, екзема (L20-L30), вугрова хвороба (L70), розацеа (L71), мозолі (L84), алопеція (L63 – L65), контагіозний моллюск (B08.1), демодекоз, паразитарні хвороби шкіри (B85 – B86), укуси або ужалення неотруйними комахами (W57) тощо);

10.3.16. Алергічні хвороби (вазомоторній риніт (J30.00), алергічний риніт (J30.10 - J30.40), поліноз, бронхіальна астма (J45), кон'юнктивіт (H10.9) тощо), окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів, генералізована кропив'янка);

10.3.17. Діагностика та лікування безпліддя чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням, планування сім'ї; визначення будь-яких гормональних станів; порушення менструального циклу (N91 – N95), передменструальний синдром (N94.30), овуляторний синдром (N94), імпотенція; еректильні дисфункції (N48.40, F52); менопауза і клімактеричний стан (N95), сексуальні дисфункції (N48.4, F52); контрацепція та ВМС, у тому числі з лікувальною метою; проведення абортів не за медичними показаннями; операції по зміні статі;

10.3.18. Хронічний простатит (N41.1), у тому числі конгестивний простатит, окрім стадії загострення 1 курс медикаментозного лікування 1 раз на рік;

10.3.19. Мігрень (G43);

10.3.20. Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0);

10.3.21. Синдром хребцевої артерії (M47.00);

10.3.22. Функціональні розлади: дискінезія жовчовивідних шляхів (K82.8), синдром подразненого кишківника (K58), дисбактеріоз кишківника (K63.8.0), синдром прорізування зубів (K00.7), диспанкреатизм (K86.9), функціональний закреп (K59.0) та інше;

10.3.23. Соматоформні розлади (F45), у тому числі вегето-судинна дистонія; нейроциркуляторна дистонія (F43, F45, R45, G90.8, G90.9);

10.3.24. Остеопороз (M80-M82);

10.3.25. Врослий ніготь (L60.0);

10.3.26. Діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування захворювань та інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (крім зазначених у п.3.5.), у тому числі гарднерельоз (баквагіноз, дизбіоз піхви), цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів, ToRCH-інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус Епштейн-Барра, герпетичних інфекцій будь-якого виду та локалізації (окрім однієї (першої) доби в невідкладних стаціонарних випадках). Перераховані виключення не поширюються на випадки класичних «дитячих інфекцій» з відповідною клінічною картиною;

**10.4. Договором страхування може бути передбачено, що у разі, коли інше не передбачено умовами Програми страхування, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику по встановленому діагнозу (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:**

- 10.4.1. Злоякісні новоутворення (C00-C97), новоутворення In situ (D00-D09), окрім випадків первинної діагностики;
- 10.4.2. Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою (D50-D61, D63-D77);
- 10.4.3. Системні атрофії ЦНС (G10-G13);
- 10.4.4. Демієлінізуючі захворювання (G35-G37);
- 10.4.5. Аміотрофії (G54,5);
- 10.4.6. Міастенії (G70);
- 10.4.7. Міотонії (G71);
- 10.4.8. Дитячий церебральний параліч (G80);
- 10.4.9. Енцефалопатія будь-якого ґенезу (G92, G93.4, G93.8);
- 10.4.10. Сирингомієлія (G95);
- 10.4.11. Синдром «сухого ока» (H16.2);
- 10.4.12. Халязіон (H00.1);
- 10.4.13. Катаракта (H25-H28);
- 10.4.14. Косоокість (H49-H52);
- 10.4.15. Глаукома (H40-H42), окрім кризового перебігу, що вперше діагностована протягом дії Договору страхування, та загрожує настанню сліпоти у Застрахованої особи;
- 10.4.16. Короткозорість (H52.1); далекозорість (H52.0);
- 10.4.17. Астигматизм (H52.2);
- 10.4.18. Амбліопія (H53.0), астенопія (H53.1);
- 10.4.19. Спазм акомодациї (H52.5);
- 10.4.20. Кератоконус (H18.60);
- 10.4.21. Ревматизм (I00-I02);
- 10.4.22. Кардіоміопатії (I43-I43);
- 10.4.23. Хронічна серцева недостатність (I50, I50.1, I50.9);
- 10.4.24. Атеросклероз (I70);
- 10.4.25. Хронічна венозна недостатність (I80-I89);
- 10.4.26. Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз); геморой, крім невідкладних станів (тромбоз, профузна кровотеча) (I83);
- 10.4.27. Гіпертрофія аденоїдів (J35.2);
- 10.4.28. Хвороба Крона (K50);
- 10.4.29. Неспецифічний виразковий коліт (K51-K52);
- 10.4.30. Лейкоплакія (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4);
- 10.4.31. Ревматоїдний артрит (M05-M09);
- 10.4.32. Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36);
- 10.4.33. Аутоімунні захворювання (M30-M36); аутоімунний тиреоїдит (E 06.3);

- 10.4.34. Хронічні аутоімунні артропатії та спондилопатії (M30-M36);
- 10.4.35. Хронічна ниркова недостатність (N18);
- 10.4.36. Мастопатія (N60);
- 10.4.37. Ендометріоз (N80);
- 10.4.38. Гіперплазія ендометрія (N80);
- 10.4.39. Дісплазія епітелію шийки матки (N87), ерозія шийки матки (N86);
- 10.4.40. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою (P10-P15);
- 10.4.41. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених (P91);
- 10.4.42. Доброякісні новоутворення (D10 – D48), кістозні утворення, у тому числі видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші), поліпів будь-якої локалізації (у тому числі поліп тіла матки (N84.00), шийки матки (N84.10) та інші, за винятком ускладнених, що прямо загрожують життю людини (масивна кровотеча);
- 10.4.43. Наслідки дисгормональних розладів: аденома простати (N40), фіброміома (D25), кісти яєчників (N83.0 - N83.2), синдром виснажених яєчників (E28), фіброаденома (D24) та інше, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо);
- 10.4.44. Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.) та інших органів (B65-B83, A06, A07.1) у осіб старше 16 років;
- 10.4.45. Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату (M15-M19, M40-M54), у тому числі протрузії, хребцева кила, спондилоартроз, спонділолітез, остеохондроз, артроз, п'ятова шпора (плантарний фасціїт, M77.3) та їх ускладнення (окрім медикаментозного лікування, що проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для усунення гострого запалення, курсом не більше 10 календарних днів на випадок, 1 раз на рік.

**10.5. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг та/або товарів, пов'язаних з витратами на/щодо, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

- 10.5.1. Витрати та послуги, не передбачені Договором страхування та Програмою страхування;
- 10.5.2. Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування;
- 10.5.3. Медичні послуги та медикаменти, які не відповідають схемам діагностики та лікування затверджених клінічними протоколами МОЗ;
- 10.5.4. Медичні послуги та медикаменти, які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання, його ускладнень та невідкладних станів; пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою;
- 10.5.5. Планове видалення металоконструкцій (за винятком випадків, коли металоконструкція встановлена в період дії Договору страхування);
- 10.5.6. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у тому числі планова герніопластика, ринопластика, реконструктивні втручання на суглобах будь-якої локалізації); планового лікування (у тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст), за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених у зв'язку з нещасним випадком (травмою), що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально з обов'язковою наявністю

заключення травматолога або виписки з травмпункту та/або інших отриманих документів у строк не пізніше 48 годин з моменту отримання травми;

10.5.7. Кардіохірургічні операції (у тому числі стентування, шунтування тощо); операції на коронарних судинах, провідній системі, судинах, за винятком травм у зв'язку з нещасливо випадком, що стався в період дії Договору страхування;

10.5.8. Проведення літотріпсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) нирки каменем/ми; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі;

10.5.9. Протезування, ендпротезування, імплантації; трансплантацію органів та тканин (окрім лікування опіків); забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;

10.5.10. Використання лазерних технологій лікування, в тому числі лазерної коагуляції сітківки ока;

10.5.11. Педіатричну допомогу в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення тощо);

10.5.12. Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту; промивання лакун мигдаликів;

10.5.13. Експериментальне лікування; перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду; альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, у тому числі переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;

10.5.14. Послуги та лікування в профілакторіях, санаторіях, реабілітацію, відновлювальну терапію;

10.5.15. Виклик до дому лікарів вузької спеціалізації; консультації (у тому числі виклик до дому) професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напряму тощо, окрім важко диференційованих випадків;

10.5.16. Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження);

10.5.17. Альтернативну медицину (голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, кінезотерапія, кінезіотейпування, гірудотерапія тощо), озонотерапію (у тому числі в стоматології), УФО; лазерні технології (у тому числі в стоматології); барокамери; ударно-хвильову терапію, механотерапію, підводні тракції, екстракорпоральні методи лікування та реабілітації; PRP-терапія тощо;

10.5.18. Фізіотерапевтичні процедури; оздоровчі процедури (відвідування басейну, масаж, SPA тощо);

10.5.19. Консультації нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, психолога, дієтолога, генетика, імунолога, подолога, гомеопата, логопеда;

10.5.20. З моменту встановлення Застрахованій особі діагнозу захворювання, що передається статевим шляхом (ЗПСШ), Страховик звільняється від зобов'язань оплати будь-яких медичних послуг (консультації, діагностика, лікування) в рамках додаткових, бонусних опцій «гінекологія/урологія» (в залежності від статі Застрахованої особи) до моменту повного одужання Застрахованої особи, що має лабораторне підтвердження. Відновлення зобов'язань Страховика по оплаті медичних послуг в рамках додаткових, бонусних опцій «гінекологія/урологія» відбудеться протягом 2 робочих днів після надання Страховику оригіналу лабораторного заключення про негативний ПЛР-тест до

збудника/збудників відповідно до діагнозу ЗПСШ, що було встановлено Застрахованій особі;

10.5.21. Ортодонтію (у тому числі брекет-системи, трейнери, капи); суцільнокерамічне протезування; шинування зубного ряду; інкрустацію, застосування дорогоцінних металів; лікування пародонтозу/парадонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії Договору страхування; відбілювання зубів, профілактичні стоматологічні заходи (покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії емалі, зубні пасти тощо), ортопантограму, Вектор-терапію.

**10.6. Договором страхування можуть бути передбачені виключення / обмеження застосування лікарських засобів, а саме, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

10.6.1. Двох і більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет-представництва Міністерства охорони здоров'я України за веб-адресою <http://mozdocs.kiev.ua>, крім випадків, коли один препарат має місцеву, а другий – загальну дію. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;

10.6.2. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;

10.6.3. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах;

10.6.4. Медикаментозного лікування захворювань та станів, що потребують замісної (ферментної, гормональної чи антигормональної тощо) терапії строком понад 1 (один) місяць з дня призначення лікування;

10.6.5. Лікарських засобів, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;

10.6.6. Медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України та/ або які не мають реєстрації на території України.

10.6.7. Лікарських засобів, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних умовах:

10.6.7.1. Хондропротектори, в тому числі хондроїтин сульфат глюкозамін, препарати гіалуринової кислоти;

10.6.7.2. Засоби, що впливають на мінералізацію кісток у тому числі препарати кальцію, бісфосфонати;

10.6.7.3. Антинеопластичні засоби;

10.6.7.4. Гіполіпідемічні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;

10.6.7.5. Психостимулюючі та ноотропні засоби;

10.6.7.6. Засоби, що застосовуються при деменції;

10.6.7.7. Антитромботичні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;

10.6.7.8. Аналоги гонадотропін-релізінг гормону, гормональних спіралей типу „Мірена”;

10.6.7.9. Імуномодулятори: імуностимулятори, імунодепресанти/імуносупресори;

- 10.6.7.10. Засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню;
- 10.6.7.11. Препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо);
- 10.6.7.12. Антигомотоксичні та гомепатичні препарати;
- 10.6.7.13. Біологічно активні та харчові добавки;
- 10.6.7.14. Ензими загальної дії (вобензим, серата, дистрептаза тощо);
- 10.6.7.15. Гепатопротектори, гепатотропні препарати;
- 10.6.7.16. Пробіотики, пребіотики, еубіотики; бактеріофаги;
- 10.6.7.17. Протигрибкові препарати;
- 10.6.7.18. Психолептичні препарати (снодійні, седативні, транквілізатори, анксиолітики, антидепресанти, антипсихотики тощо);
- 10.6.7.19. Метаболіки (актовегін, тівортін тощо);
- 10.6.7.20. Адаптогени;
- 10.6.7.21. Препарати моновітамінів, полівітамінів (3 і більше в складі), вітамінно-мінеральних комплексів, мінеральних речовин (мікро- та макроелементів);
- 10.6.7.22. Сольові розчини для зрошення слизових оболонок; інші рідини для промивання та зрошення;
- 10.6.7.23. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору;
- 10.6.7.24. Стрептокінази, стрептодорнази та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу);
- 10.6.7.25. Кардіопротектори;
- 10.6.7.26. Сироватки, антитіла, антигени;
- 10.6.7.27. Профілактичної вакцинації, окрім антирабічної вакцинації та вакцинації проти правцю;
- 10.6.7.28. Специфічної імунотерапії алергічних захворювань;
- 10.6.7.29. Простагландинів, окрім випадків переривання вагітності за медичними показами;
- 10.6.7.30. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.

**10.7. Договором страхування можуть бути передбачені виключення / обмеження застосування виробів медичного призначення, а саме, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування**

10.7.1. Медичні вироби, які отримали чинний сертифікат відповідності та дозволені для застосування на території України, а саме: медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів: (трансплантати, ортези, протези, імплантати, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, ендопротези, стенти, лінзи тверді та м'які, окуляри, слухові апарати, пролінові сітки тощо); еластичний бінт, скотч-каст (крім застосування при переломах); інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри,

глюкометри тощо), медичне устаткування (набори для емболізації, деартерилізації, артроскопічні набори, лапораскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу: пластини, гвинти, спиці, металеві конструкції, тощо);

10.7.2. Медичні вироби, в т.ч вироби, які призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат.

**10.8. Договором страхування можуть бути передбачені виключення / обмеження діагностичних досліджень, а саме, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплату, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

10.8.1. Досліджень на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту;

10.8.2. Діагностики та лікування порушень обмінних процесів (сечосольовий діатез, подагра, інсулінорезистентність тощо), включаючи ліпідогрामу (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрії, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограми, алергоскринінг (алергологічні дослідження), системної імунотерапії тощо.

**10.9. Договором страхування можуть бути передбачені інші стани та обмеження, коли Страховик не забезпечує організацію надання та оплату вартості, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування:**

10.9.1. Перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару, харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині виповнилося повні 8 (вісім) років; організацію та оплату індивідуального сестринського поста;

10.9.2. Повторних медичних обстежень Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);

10.9.3. Медичних послуг, не пов'язаних із лікувальним процесом (довідки (водіям, в басейн, для вступу до учбових/дитячих закладів тощо), послуги за абонементом тощо);

10.9.4. Медичного транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань;

10.9.5. Транспортних витрат за межами 30 км зони від КПП/меж міста виїзду лікаря або швидкої допомоги; послуги таксі;

10.9.6. Оплата послуг за благодійним внеском, полісом страхування (монополіс) в іншій страховій компанії.

**10.10. Конкретним Договором страхування можуть бути передбачені всі або частина вказаних в цьому Розділі Загальних умов страхового продукту винятки із страхових випадків та обмеження страхування. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, не вказані в цих Загальних умовах страхового продукту.**

## **11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

---

11.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку

11.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше одного місяця

від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше п'ятнадцяти днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати сорока п'яти днів.

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном **0 800 50 37 73 (цілодобово)** чи письмовим на електронну пошту: [vuso@vuso.ua](mailto:vuso@vuso.ua) або засобами поштового зв'язку на адресу **03039, м. Київ, вул. Голосіївська, 17**. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

11.3. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua), використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240); до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1, тел. (044) 279 12 70, e-mail: [info@dpss.gov.ua](mailto:info@dpss.gov.ua)); що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства.

## **12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

---

12.1. Контактні дані Страховика для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, вказуються в конкретному Договорі страхування.

12.2. Якщо інше не передбачено конкретним Договором страхування, звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, здійснюється за такими контактними даними Страховика: телефон **0 800 303 911 (цілодобово)**, e-mail: [medkc@vuso.ua](mailto:medkc@vuso.ua).

## **13. ІНШІ ПОЛОЖЕННЯ**

---

13.1. Особливістю здійснення діяльності зі страхування за ризиком класу страхування 2, зазначеним у підпункті 2 пункту 13 глави 4 розділу II Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування (Постанова Правління НБУ № 182 від

25.12.2023) є відсутність обов'язку визначення страхового тарифу в Договорі страхування, на підставі чого цими Загальними умовами страхового продукту допускається укладення Договорів страхування без зазначення страхового тарифу.

13.2. Договір страхування може включати як свою складову частину ці Загальні умови страхового продукту, за умови, що в іншій частині такого Договору зазначаються індивідуальні умови Договору страхування та конкретний обсяг страхового покриття за Договором страхування, що укладається зі Страхувальником.

13.3. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договорів страхування на підставі цих Загальних умов страхового продукту (далі – максимальна частка витрат) становить **75%** страхової премії.

13.3.1. Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного Договору страхування, визначається Страховиком при укладенні такого Договору страхування за згодою Страхувальника в межах максимальної частки витрат, зазначеної в п.13.3. Загальних умов страхового продукту, та вказується у такому Договорі страхування.

13.3.2. Не допускається укладання договору страхування, що передбачає частку витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням такого Договору страхування, у розмірі, більшому, ніж максимальна частка витрат, що передбачена п.13.3. Загальних умов страхового продукту, згідно з якими укладається відповідний Договір страхування.

13.3.3. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у Договорі страхування, у випадках, передбачених Договором та/або законом.

13.4. Розмір максимальної страхової суми щодо окремого предмета Договору страхування чи окремої Застрахованої особи, на яку може бути укладено один договір страхування згідно з цими Загальними умовами страхового продукту, визначається максимальним розміром власного утримання Страховика, визначеного згідно з Законом "Про страхування" за станом на 01 число календарного місяця, що передував кварталу, у якому певний Договір страхування набрав чинності.

13.5. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком тощо) та інші умови страхування, передбачені Загальними умовами страхового продукту, на підставі яких укладається такий Договір страхування. У випадку розбіжностей між цими Загальними умовами страхового продукту та конкретним Договором страхування, застосовуються умови Договору страхування.

13.6. Загальні умови страхового продукту можуть містити кілька варіантів страхування (програм страхового продукту) на вибір Страхувальника, які можуть включати різні складові страхового покриття та інші умови страхування. За наявності таких програм вони викладаються в формі додатків до цих Загальних умов страхового продукту і є їх невід'ємною частиною.

## 14. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

---

14.1. Дата початку дії цих Загальних умов страхового продукту – **1 січня 2024 року**.

14.2. Ці Загальні умови страхового продукту діють до оприлюднення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations> нової редакції цих Загальних умов страхового продукту.

14.3. Зміни до Загальних умов страхового продукту вносяться шляхом їх викладення у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким самим чином, як і нові Загальні умови страхового продукту. Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію та нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов страхового продукту.

14.4. Страховик забезпечує розміщення у відкритому доступі на своєму веб-сайті, включаючи його мобільну версію, всі редакції Загальних умов страхового продукту із зазначенням строку їх дії в такій редакції. Для цього в новій редакції Загальних умов страхового продукту (Розділ «Заключні положення») додається в режимі гіпер-посилання перелік всіх попередніх редакцій Загальних умов страхового продукту. Розміщені таким чином у відкритому доступі Загальні умови страхового продукту зберігаються протягом строку дії договорів страхування, укладених відповідно до цих Загальних умов страхового продукту, та протягом п'яти років із дати закінчення строку дії останнього Договору страхування, укладеного відповідно до такої редакції, якщо інше не встановлено законодавством України.

14.5. Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на Загальних умовах страхового продукту, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою сторін.

14.6. У Договорі страхування зазначається назва та дата початку дії Загальних умов страхового продукту, відповідно до яких укладається такий Договір, реквізити внутрішнього документа Страховика, яким вони затверджені (дата, номер), та посилання на сторінку веб-сайту Страховика, де розміщено такі Загальні умови страхового продукту.

**Голова Правління ПрАТ «СК «ВУСО»**

**Артюхов А.В.**