

ПРОПОЗИЦІЯ
щодо укладення договору добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
за страховим продуктом «Медицина в дорозі»

(загальні умови Договору)

Нова редакція від 31 жовтня 2022 р. (чинна)

Попередні редакції Пропозиції:

[Пропозиція для договорів, укладених з 01.11.2021 – до 30.10.2022](#)

*Дію попередніх редакцій Пропозиції припинено в зв'язку з оприлюдненням нової редакції (нових редакцій) Пропозиції.
Укладені договори діють на умовах Пропозиції, що діяла протягом відповідного періоду.*

Ця Пропозиція Страховика адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) за страховим продуктом «Медицина в дорозі» (далі – Договір страхування Договір) шляхом прийняття Пропозиції на індивідуально визначених умовах, встановлених Полісом (індивідуальними умовами Договору) за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика. Невід'ємними частинами Договору є Поліс (індивідуальні умови Договору) та Пропозиція (загальні умови Договору).

- 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 UA033226690000026504300944019 в ТББВ №10026/0119 філії - Головного управління по м. Києву та Київській області АТ «Ощадбанк», МФО 322669; ліцензія Національної комісії, що здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг серія АЕ №293943 від 31 липня 2014 р., безстрокова, веб-сторінка <https://vuso.ua/>, e-mail vuso@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 цієї Пропозиції, уклала Договір страхування із Страховиком, вказана в Полісі.

3. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

3.1. Для укладення Договору Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страховика в мережі Інтернет за адресою <https://vuso.ua/> 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 та персональних даних Застрахованих осіб. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальні умови Договору (Поліс).

3.3. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття 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/otchety-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 Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір страхування, Страховик вважає себе зобов'язаним укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах та умовах Пропозиції.

3.6. Після прийняття Пропозиції Страховика Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — Поліс на електронну адресу та / або у персональному кабінеті. На вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Полісу (індивідуальні умови Договору), 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 частками страхового платежу, визначеними Полісом). Після набрання Договором чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

3.7. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс (індивідуальні умови Договору) та Пропозиція (загальні умови Договору), 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, приймаючи 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; укладення 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, приймаючи 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, приймаючи 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, приймаючи Пропозицію, підтверджує свою 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, приймаючи 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. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

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 Полісі (індивідуальних умовах Договору), за їх згодою.

4.2. Застрахована особа (в тексті Договору – «Застрахований») – фізична особа, вказана в Полісі (індивідуальних умовах Договору), що є його невід'ємною частиною.

5. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ

5.1. Цей Договір укладається відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №02-02 від 25.12.2007 р. – далі по тексту Правила. Правила оприлюднені на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/ru/pages/stranicyi/pravila-straxovaniya.html>

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 травма Застрахованого внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (далі – ДТП) за участю Застрахованого, який потребує невідкладної медичної допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування.

6.2. При цьому цей Договір поширюється на Застрахованого, коли він:

- є водієм транспортного засобу на законних підставах;
- є пасажиром в будь-якому транспортному засобі;
- є велосипедистом;

- є пішоходом.

6.3. Подія визнається Страховиком страховим випадком, якщо така подія сталась протягом оплаченого періоду страхування, на території дії Договору, передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених Програмою страхування та 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 Полісі.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. Договір набуває чинності Договір набуває чинності з дати, вказаної в Полісі, але не раніше 00:00 годин дати, наступної за датою сплати страхового платежу в повному обсязі на рахунок Страховика, та діє до 24:00 годин дати, вказаної в Полісі.

8.2. В разі несплати або неповної сплати страхового платежу Договір не набуває чинності, страхові виплати за подіями, що стались протягом неоплаченого періоду, не здійснюються. Датою сплати страхового платежу є дата зарахування коштів на банківський рахунок Страховика.

9. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Договір діє на території України, за виключенням: тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження; територій, що розташовані на лінії зіткнення; територій, на яких тривають активні бойові дії та територій, що перебувають в оточенні (блокуванні).

10. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ

10.1. Перелік та наповнення опцій Програми страхування із зазначенням лімітів страхових виплат та класу Медичних закладів:

<p>10.1.1. ШВИДКА ДОПОМОГА – медична допомога при станах, що потребують екстреної або невідкладної медичної допомоги внаслідок ДТП, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму Застрахованого. Опція включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виїзд бригади невідкладної медичної допомоги на місце ДТП; - реанімаційні заходи на місці ДТП; - діагностичні та лікувальні процедури на місці ДТП; - забезпечення необхідними медикаментами та витратними матеріалами на місці ДТП; - транспортування Застрахованого до медичного закладу у випадку необхідності надання екстреної стаціонарної допомоги. 	<p>В межах страхової суми 100 000 грн Медичні заклади (1-7) класу</p>
<p>10.1.2. ЕКСТРЕНА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ – надання медичної допомоги при невідкладних станах в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли поміщення Застрахованого в стаціонар має бути здійснено невідкладно (протягом 24 годин з моменту настання ДТП), а рішення про екстрену госпіталізацію приймається лікарем бригади швидкої/невідкладної допомоги. Опція включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультація лікаря; - лабораторні аналізи; - діагностика (рентген, УЗД, КТ, МРТ); - оперативне втручання та анестезіологічна допомога; - перебування в реанімаційному відділенні; - терапевтичне лікування; - медикаментозне забезпечення; - витратні матеріали (в тому числі биндаж, гіпс, милиці, конструкції для остеосинтезу); - розміщення в палаті та харчування, передбачені стандартними умовами Медичного закладу; - перебування батьків з Застрахованою дитиною, вік якої менше 6 років. 	<p>В межах страхової суми 100 000 грн Медичні заклади (1-5) класу</p>

<p>10.1.3. НЕВІДКЛАДНА АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА – невідкладна медична допомога в умовах поліклініки або травматологічного пункту, що надається протягом 24 годин з моменту настання ДТП. Опція включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультація травматолога / хірурга; - лабораторні аналізи; - діагностика (рентген, УЗД, КТ, МРТ) – дві послуги на вибір; - медикаментозне забезпечення; - витратні матеріали (в тому числі биндаж, гіпс, милиці); - лікувальні процедури та маніпуляції. 	<p>В межах ліміту 25 000 грн Медичні заклади (1-5) класу</p>
<p>10.1.4. РЕАБІЛІТАЦІЯ – заходи для відновлення після завершення лікування, усунення віддалених наслідків травм, отриманих внаслідок ДТП, що призначені лікарем відповідно до протоколів лікування. Опція включає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - масаж / фізіотерапія / ЛФК – один з видів реабілітації (на вибір) курсом до 14 днів; - 1 консультація психолога. 	<p>В межах ліміту 10 000 грн Медичні заклади (1-5) класу</p>

10.2. В будь-якому випадку загальна сума страхових виплат за Договором не може перевищувати розмір страхової суми за Договором.

11. ДІЇ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком (п.6 Пропозиції), 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 своє прізвище, ім'я по батькові, номер Договору (Полісу) 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 зробити це самостійно.

11.1.1. Після отримання повідомлення Страховик, в разі визнання випадку страховим, організує та оплачує надання Застрахованому відповідних видів допомоги та послуг, передбачених 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. В разі невизнання випадку страховим Страховик діє в порядку, передбаченому п.13.2. Пропозиції.

11.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про випадок та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п. 11.2. Пропозиції.

11.2. Самостійне звернення Застрахованого в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком самостійно витрачених коштів Застрахованому) допускається лише:

11.2.1. 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. При цьому звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно;

11.2.2. за погодженням зі Страховиком, коли Застрахований своєчасно повідомив Страховика, але через відсутність договірних відносин з медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг в регіоні, де знаходиться Застрахований, Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованим медичної допомоги. Для цілей п.11.2.2. Пропозиції таким погодженням є наданий представником Страховика (лікарем-координатором гарячої лінії Страховика за телефоном 0 800 303 911) дозвіл на самостійну організацію та/або оплату Застрахованим медичної допомоги за наявності визначених п.11.2.2. Пропозиції обставин, зафіксований аудіо-записом телефонної розмови.

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 Програмі страхування.

12.2. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені 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. Пропозиції) присвоєно відповідний клас/категорію (з 1 до 7).

- 12.3.2. 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. Пропозиції).
- 12.4. У випадку відсутності в регіоні, де знаходиться Застрахований, медичного закладу, з якими співпрацює Страховик та/або при неможливості надання відповідних послуг врегулювання здійснюється на умовах п.11.2. Пропозиції.
- 12.5. Перелік документів для прийняття рішення за подією, що має ознаки страхового випадку:
- 12.5.1. **документом, що підтверджує факт настання страхового випадку** є офіційний документ компетентного органу про ДТП за участю Застрахованого із зазначенням учасників, що отримали травми внаслідок такої ДТП (довідка Поліції, постанова про відкриття кримінального провадження тощо). Застрахований зобов'язаний надати такий документ Страховику невідкладно, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів за датою настання ДТП (а якщо цьому перешкоджав стан здоров'я Застрахованого – не пізніше наступного робочого дня коли надання такого документу стало можливим);
- 12.5.2. **документи, що підтверджують обставини випадку** (характер травм, діагноз, обсяг наданої медичної допомоги) та розмір завданої шкоди визначаються:
- у разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком (у випадках, передбачених п.11.1. Пропозиції) – договорами з медичними закладами (в цьому випадку збір документів покладається на Страховика);
 - у разі врегулювання шляхом компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованого (у випадках, передбачених п.11.2. Пропозиції) – згідно з Додатком 1 до Пропозиції (в такому випадку збір необхідних документів покладається на Застрахованого, при цьому Застрахований повинен надати зазначені документи не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги). Додатково, при зверненні Застрахованого за телефоном **0 800 303 911** цілодобово, безкоштовно) Страховик консультує Застрахованого щодо такого переліку документів.
- 12.6. Строк прийняття рішення за випадком становить 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором. Протягом вказаного строку Страховик:
- 12.6.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або
- 12.6.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованому/Страхувальнику протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати прийняття такого рішення.
- 12.7. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) календарних днів з дати складення страхового акту.
- 12.8. Страхова виплата здійснюється:
- 12.8.1. в разі організації медичної допомоги Застрахованому Страховиком (згідно з п.11.1. Пропозиції) – 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;
- 12.8.2. в разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованим за погодженням з Страховиком (у випадках, передбачених п.11.2. Пропозиції) – безпосередньо на користь Застрахованого. Якщо внаслідок страхового випадку за цим Договором настала смерть Застрахованого – компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється спадкоємцям Застрахованого 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 на страхову виплату.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

- 13.1. Страховик відмовляє у страховій виплаті, якщо випадок підпадає під виключення зі страхових випадків, а саме:
- 13.1.1. якщо розлад здоров'я Застрахованого не пов'язаний з ДТП;
- 13.1.2. якщо причетність відповідної особи до ДТП не підтверджується документально (п.12.5.1. Пропозиції);
- 13.1.3. в разі керування транспортним засобом Застрахованим без відповідного посвідчення водія або без відповідної водійської категорії, передача управління транспортним засобом особі без відповідного посвідчення або категорії (окрім надання невідкладної медичної допомоги – виклику бригади швидкої допомоги та допомоги на місці ДТП);
- 13.1.4. в разі керування транспортним засобом Застрахованим в стані сп'яніння, а також передачі управління транспортним засобом особі, яка знаходилась в стані сп'яніння (окрім надання невідкладної медичної допомоги – виклику бригади швидкої допомоги та допомоги на місці ДТП);
- 13.1.5. якщо Застрахований-водій ухилився від проведення в установленому порядку перевірки, що дозволяє констатувати вплив алкогольних напоїв, наркотичних чи інших одурманюючих речовин (якщо Застрахованого було направлено на таку перевірку працівниками Поліції);
- 13.1.6. навмисні дії чи груба необережність з боку Страхувальника/Застрахованого чи інших осіб, призначених для отримання страхової виплати;
- 13.1.7. навмисне заподіяння Застрахованим собі тілесних ушкоджень, самогубство або спроба самогубства;
- 13.1.8. вчинення Застрахованим умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

- 13.1.9. настання події у в результаті стихійного лиха, радіоактивного, хімічного або бактеріологічного забруднення, дії іонізуючого випромінювання;
- 13.1.10. надання видів допомоги та послуг, що не передбачені Протоколами лікування для відповідних видів травм.
- 13.2. Не підлягають відшкодуванню збитки в результаті подій, які відбулися внаслідок або під час:
- 13.2.1. воєнних дій, військових заходів будь-якого роду, використання зброї, військової техніки та знарядь війни, дій військових сил та/або спеціальних формувань (підрозділів) будь-якої держави, будь-якого роду недержавних збройних сил або збройних формувань, дій бойовиків, збройних угруповань, їх окремих учасників (незалежно від факту оголошення війни чи введення воєнного стану);
- 13.2.2. дій Збройних сил України, сил спеціального призначення та/або інших спеціально призначених воєнізованих формувань та підрозділів, проведення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії, антитерористичної операції, операції Об'єднаних сил, виконання завдань національного спротиву;
- 13.2.3. масових заворушень, актів громадянської непокори, громадянської війни, страйків, локаутів, бунтів, заколотів, державних переворотів або спроби їх здійснення, повстання або революції, терористичних актів та їх наслідків, диверсій, дій озброєних повстанців, а також дій влади, спрямованих на їхнє придушення;
- 13.2.4. передачі, примусового відчуження або вилучення майна в умовах воєнного або надзвичайного стану, конфіскації, арешту, націоналізації, знищення чи пошкодження майна за розпорядженням військової або цивільної влади, що діє юридично або фактично;
- 13.2.5. мародерства, крадіжки, грабежу, розбою або іншого фактичного привласнення майна в місцях диверсій повстань, інших стихійних та організованих заходів, зонах воєнних дій, військових заходів (незалежно від факту оголошення війни чи введення воєнного стану).
- 13.3. В разі звернення Застрахованого щодо випадку, що не визнається Страховиком страховим згідно з умовами 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 таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованого, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованому з подальшою оплатою відповідних видів допомоги та послуг самим Застрахованим.
- 13.4. Страховик відмовляє у страховій виплаті, якщо будь-ким із Застрахованих використано всі ліміти (грошові, часові, кількісні тощо) та / або опції, передбачені Програмою страхування, незалежно від того чи настав з будь-ким із Застрахованих страховий ризик після використання передбачених Програмою страхування лімітів (грошових, часових, кількісних тощо) та / або опцій.
- 13.5. 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 у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов 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. 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;
- 14.1.5. відмовити у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Розділі 13 Пропозиції;
- 14.1.6. 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 30 (тридцять) робочих днів з дати отримання всіх необхідних 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 2 (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 повідомити Страхувальника/Застрахованого про прийняте рішення не пізніше 5 (п'яти) календарних 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. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію 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, що він ознайомлений з цим Договором та Правилами, а також погоджується з наявністю у нього прав та обов'язків за цим 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 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 Медичного закладу (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.

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 погодженням Сторін, а також у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 15.3. Дія Договору може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика. Дострокове припинення дії Договору за ініціативою однієї зі Сторін Договору здійснюється на підставі письмової заяви, що подається за 30 (тридцять) днів до дати дострокового припинення, та на інших умовах, визначених 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, страхових виплат (заявлених, а також сплачених, що були здійснені за Договором). Норматив витрат на ведення справи при цьому становить 30%.
- 15.4. Відповідно до законодавства Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дати укладення Договору 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 14 (чотирнадцяти) 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. **ДТП** (дорожньо-транспортна пригода) – подія, що сталась під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або поранені люди (Застрахований).

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

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

17.1.4. **Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованому за цим Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, клас Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованому, інші обмеження) згідно з Розділом 10 цієї Пропозиції. Програма страхування має перевагу перед іншими частинами Договору.

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

17.1.6. **Травма** – порушення анатомічної функції тканин або органів людини, спричинене дорожньо-транспортною пригородою (ДТП).

18. ІНШІ УМОВИ

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

18.1.2. 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.

18.1.3. Ця Пропозиція дійсна з «» серпня 2022 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 Полісі (індивідуальних умовах Договору).

19. ДОДАТКИ ДО ПРОПОЗИЦІЇ

19.1. Додаток 1 «Перелік документів на компенсацію самостійно витрачених коштів»;

19.2. Додаток 2 «Перелік Медичних закладів», що розміщено на сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/ru/kompaniya/otchet-y-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>;

19.3. 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

**ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ
на компенсацію самостійно витрачених коштів**

1. Документ, що підтверджує факт настання страхового випадку:

1.1. офіційний документ компетентного органу про ДТП за участю Застрахованого із зазначенням учасників, що отримали травми внаслідок такої ДТП (довідка Поліції, постанова про відкриття кримінального провадження тощо). *Застрахований зобов'язаний надати такий документ Страховику невідкладно, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів за датою настання ДТП (а якщо цьому перешкоджав стан здоров'я Застрахованого – не пізніше наступного робочого дня коли надання такого документу стало можливим).*

2. Документи, що підтверджують обставини випадку (характер травм, діагноз, обсяг наданої медичної допомоги) та розмір завданої шкоди (*Застрахований повинен надати зазначені нижче документи не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги*), а саме:

- письмова заява про страхову виплату встановленого зразка (додається);
- копія паспорта громадянина України: 1-2 сторінка та прописка (або копія іншого документа, що посвідчує особу), завірена особистим підписом;
- копія довідки про присвоєння РНОКПП Застрахованому, завірена особистим підписом;
- копія висновку лікаря Медичного закладу (виписка з амбулаторної картки, виписний епікриз тощо) із зазначеними ПІБ, датою надання документу, датами лікування, діагнозом та переліком призначених, у зв'язку із захворюванням, медичних послуг та витратних матеріалів, медикаментів, їх дозування та термін приймання, завірена печаткою лікувального закладу (за її наявності) та лікуючого лікаря.
- копія лікарняного листа (за наявності);
- оригінали документів, що свідчать про сплату вартості отриманих медичних послуг та медикаментів з відміткою банку (фіскальний чек, квитанція до прибуткового касового ордера або квитанція банківської установи); у разі відсутності у фіскальному чеку назви придбаних медикаментів, обов'язково додатково надається товарний чек або товарна накладна; за фактом надання медичних послуг без деталізації наданих послуг в платіжному документі необхідно надати деталізацію наданих послуг в вигляді акту виконаних робіт та копію прайсу Медичного закладу;
- у випадку стаціонарного лікування – копія виписного епікризу стаціонарного хворого або виписки з історії хвороби із зазначеними ПІБ, датою надання документу, датами лікування, діагнозом та переліком призначених, у зв'язку із захворюванням, медичних послуг та витратних матеріалів, медикаментів, їх дозування та термін приймання, завірена печаткою лікувального закладу (за її наявності) та лікуючого лікаря;
- у випадку отримання Застрахованим медичних послуг/медикаментів/витратних матеріалів в приватному Медичному закладі (суб'єкт господарювання будь-якої форми) – за наявності у Страхувальника можливості її отримати Страховик має право звернутись до Медичного закладу з запитом про надання належним чином завіреної копії ліцензії;
- інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку

Голова Правління ПрАТ СК «ВУСО»



А.В. Артюхов



