

ПРОПОЗИЦІЯ щодо укладення договору добровільного комплексного страхування за програмою лікування критичних захворювань

(загальні умови Договору)

Частина I

1. Ця Пропозиція щодо укладення договору добровільного комплексного страхування за програмою лікування критичних захворювань, далі «Пропозиція», ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ВУСО», 03150, м. Київ, вулиця Казимира Малевича, 31, код ЄДРПОУ – 31650052, розпорядженням Держфінпослуг рішенням №1224 від 24.06.2004 року зареєстровано як фінансову установу, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ № 142, IBAN UA033226690000026504300944019 в ТВБВ №10026/0119 філії – Головного управління по м.Києву та Київській області АТ «Ощадбанк», код банку 322669, ліцензія Нацкомфінпослуг на право провадження добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) серії АЕ №293943 строком дії з 25.12.2007 р. – безстрокова, ліцензія Нацкомфінпослуг на право провадження добровільного страхування медичних витрат серія АЕ №293942 строком дії з 01.03.2011 – безстрокова, ліцензія Нацкомфінпослуг на право провадження добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби серія АЕ №293937 строком дії з 02.10.2007 – безстрокова (надалі – Страховик), адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти із Страховиком договір добровільного комплексного страхування за програмою лікування критичних захворювань, далі – «Договір», відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №02-02 від 25.12.2007 р. (далі – «Правила-1»), Правил добровільного страхування медичних витрат №б/н від 03.03.2011 р. (далі – «Правила-2»), Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби №14-01 від 02.10.2007 р.(далі – «Правила-3»), при спільному згадуванні в Договорі – «Правила, які розміщені на веб-сайті Страховика <https://vuso.ua/informations?item=15> (далі – «Правила»), шляхом прийняття умов цієї Пропозиції на індивідуально визначених умовах, встановлених Полісом (індивідуальними умовами Договору). Невід'ємними частинами Договору є Поліс (індивідуальні умови Договору) та Пропозиція (загальні умови Договору) з додатками.

2. Перед укладенням Договору Клієнт обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами, інформацією про фінансову послугу, підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних, а також надати всі відомості, необхідні для укладення Договору. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальні умови Договору (Поліс).

3. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття Клієнтом Пропозиції укласти Договір на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах цієї Пропозиції, розміщеної на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=3>

4. У разі прийняття Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір, Страховик вважає себе зобов'язаним укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах та умовах Пропозиції. Після прийняття умов Пропозиції Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору — індивідуальні умови Договору (Поліс).

5. Безумовним прийняттям Пропозиції Страховика укласти Договір страхування вважається підписання Страхувальником Полісу (індивідуальних умов Договору страхування). Після підписання Полісу Клієнт набуває статусу Страхувальника. Поліс може бути підписаний власноручними підписами Сторін (їх уповноважених представників) або з використанням КЕП (кваліфікованих електронних підписів). Договір набирає чинності відповідно до п.14 індивідуальних умов Договору (Полісу).

6. При укладанні та виконанні Договору Страховик може використовувати відтворення підпису уповноважених осіб Страховика за допомогою засобів механічного або іншого копіювального пристрою та відтворення відбитку печатки. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Страхового поліса, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, у робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

7. 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 Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена

інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання 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; Страхувальник отримав згоду Застрахованих на укладення Договору щодо них.

8. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує, що з Пропозицією (загальними умовами Договору) ознайомлений та обрав спосіб ознайомлення та надання: самостійно на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=3>

9. **Предметом Договору** є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані і здоров'ям та працездатністю кожного окремого Застрахованого, перелік яких зазначається у п.3 Полісу.

10. Перелік страхових випадків

10.1. Страховим випадком є отримання Застрахованим в Медичному закладі медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування та Договором, у зв'язку з настанням страхових ризиків, перелічених у п. 10.2. Частини I Пропозиції, які відбулися протягом строку дії Договору (з врахуванням періоду очікування, визначеного п. 11.2. Частини I Пропозиції та Програмою страхування для відповідного ризику).

10.2. Страховим ризиком за Договором є **настання у Застрахованого критичного захворювання та/або критичного стану, із переліку, передбаченого Програмою страхування** для Застрахованого, що потребує лікування, якщо таке критичне захворювання вперше виявлене в період дії Договору (з врахуванням періоду очікування).

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

- сталася протягом оплаченого періоду страхування (окрім випадків, коли згідно з п.13, 14 Полісу передбачено відстрочення оплати страхового платежу – лише до вказаного в п.13 Полісу терміну сплати для відповідного періоду страхування) та з врахуванням періоду очікування, передбаченого Програмою страхування;

- відбулася на території дії Договору;

- передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених Договором та Програмою страхування;

- не є виключенням зі страхових випадків.

10.4. Перелік критичних захворювань, що покриваються за Договором для Застрахованого, умови підтвердження відповідного діагнозу, опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком (Асистуючою компанією) при настанні страхового випадку, а також інші умови дії страхового покриття за Договором визначаються обраною для Застрахованого Програмою страхування (Додаток №1 до Полісу).

11. Період очікування

11.1. Період очікування – проміжок часу від дати початку дії Договору щодо конкретного Застрахованого, протягом якого страхове покриття за Договором не діє.

11.2. **Період очікування за Договором становить 90 (дев'яносто) днів, а щодо покриття трансплантації кісткового мозку (якщо така опція передбачена Програмою страхування) – 180 (сто вісімдесят) днів.**

11.3. Подія з ознаками страхового випадку, що настала в період очікування, не покривається Договором та Програмою страхування. Якщо протягом періоду очікування відбулося виникнення, загострення чи ускладнення хвороби, чи понесені витрати на лікування за випадками, що відбулись/діагностовані у цей період, та/або у медичних документах за цей період у Застрахованого зафіксовано перші симптоми настання захворювання та/або стану, що потребує лікування (згідно з п.10 Частини I Пропозиції), у тому числі встановлено необхідність трансплантації кісткового мозку – такі події не будуть підставою для отримання будь-яких страхових виплат за Договором.

11.4. Період очікування не застосовується у випадку укладення нового договору страхування після завершення або припинення строку дії попереднього договору страхування щодо одного і того ж Застрахованого – за умови безперервного страхування (відсутності неоплаченого періоду страхування між датою завершення попереднього договору страхування та датою початку нового договору страхування, укладеного щодо одного і того ж Застрахованого).

12. Місце дії Договору

12.1. Договір діє на території України (якщо інше не передбачено Програмою страхування), за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані.

12.2. Територія надання Застрахованому послуг, передбачених Договором та Програмою страхування у разі настання страхового випадку – Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані), а у випадках, передбачених Програмою страхування – за кордоном (згідно з Додатком №1 до Полісу).

13. **Вигодонабувач за Договором** – Медичний заклад та/або Асистуюча компанія, що надає медичні послуги Застрахованому за направленням Страховика. У разі здійснення фіксованої разової виплати згідно з Програмою страхування (п.2.3. Частини II Пропозиції), а також у випадках компенсації самостійно витрачених коштів (п.1.3. Частини II Пропозиції) – Вигодонабувачем є Застрахований (представник за законом або довіреністю, спадкоємець).

14. Страхова сума. Страховий тариф. Страховий платіж та строк його сплати

- 14.1. Страхова сума визначається окремо для кожного Застрахованого та за Договором в цілому – і вказується в Полісі.
- 14.2. Страхова сума за Програмою страхування для кожного Застрахованого є агрегатною (страхова сума зменшується після страхової виплати) та розраховується як різниця страхової суми для Застрахованого на початок дії Договору і суми страхових виплат такому Застрахованому за Програмою страхування, здійснених Страховиком в період дії Договору. Якщо агрегатна страхова сума для відповідного Застрахованого вичерпана повністю, то зобов'язання Страховика щодо Застрахованого за Договором вважаються виконаними. При пролонгації договору (укладенні договору страхування на новий період страхування (рік)) агрегатна страхова сума відновлюється у повному обсязі.
- 14.3. Програмою страхування (Додаток №1 до Полісу) можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика (ліміти страхових виплат) для окремих опцій / послуг, передбачених Програмою страхування, які є агрегатними лімітами.
- 14.4. Страховий платіж визначається окремо для кожного Застрахованого та за Договором в цілому – і вказується в Полісі.
- 14.5. Страховий тариф за Договором визначається окремо для кожного Застрахованого залежно від віку Застрахованого, інформації, наданої в Декларації про стан здоров'я Застрахованого у випадках, передбачених Договором, обраної Програми страхування та передбачених ризиків / опцій та розраховується як співвідношення страхового платежу до страхової суми. Страховий тариф розподіляється за Правилами страхування залежно від наповнення Програми страхування для конкретного Застрахованого.
- 14.6. У випадку, якщо для окремого Застрахованого страхова сума згідно з умовами обраної Програми страхування визначається в іноземній валюті (Євро), то Договір щодо такого Застрахованого діє із врахуванням наступного:
- 14.6.1. страховий платіж / чергові страхові платежі за Договором підлягають сплаті у національній валюті (гривні), виходячи із офіційного обмінного курсу НБУ щодо Євро на дату укладення Договору;
- 14.6.2. якщо при цьому загальний страховий платіж за Договором підлягає сплаті частинами (черговими страховими платежами), то на обґрунтовану вимогу Страховика – у випадку, якщо протягом строку дії Договору курс Гривні до Євро збільшиться більше, ніж на 10% порівняно з співвідношенням курсів цих валют за даними НБУ на дату укладення Договору (або на дату останнього перерахунку страхового платежу з приводу цього валютного застереження) та за умови, що таке підвищення безперервно триматиметься більше 20 календарних днів – Сторони домовились укласти додаткову угоду про збільшення страхового платежу для відповідного Застрахованого пропорційно до збільшення валютного курсу та сплату Страхувальником додаткового страхового платежу. У разі неукладення такої додаткової угоди та/або несплати додаткового страхового платежу у встановлений такою додатковою угодою строк, протягом 14 (чотирнадцяти) днів з дати направлення Страхувальнику письмової вимоги Страховика про укладення відповідної додаткової угоди Страховик має право відмовити в наданні всіх видів допомоги та послуг, передбачених Програмою страхування, для відповідного Застрахованого.
- 14.6.3. страхова виплата за відповідною Програмою страхування за кожним страховим випадком та за Договором в цілому щодо такого Застрахованого здійснюється в іноземній валюті (Євро) або в національній валюті (гривні) за офіційним обмінним курсом НБУ щодо Євро на дату здійснення платежу (страхової виплати);
- 14.6.4. загальний розмір страхових виплат за Договором (за відповідною Програмою страхування для такого Застрахованого) не може перевищити розміру страхової суми та передбачених Програмою страхування лімітів страхової виплати в іноземній валюті (Євро).

15. Строк дії Договору

- 15.1. Строк дії Договору визначається згідно з пп. 13, 14 Полісу.
- 15.2. У разі закінчення строку дії Договору, якщо при цьому медичне лікування не було завершено до моменту закінчення терміну дії Договору, витрати на лікування в стаціонарі підлягають оплаті Страховиком в межах ліміту, щодо послуг, які були погоджені зі Страховиком та надані Застрахованому, протягом 30 (тридцяти) днів з моменту закінчення терміну дії Договору. Якщо звернення щодо страхового випадку було подано Застрахованим особою та погоджено Страховиком протягом терміну дії Договору страхування, то Страховик несе зобов'язання по оплаті послуг, передбачених умовами Програми страхування, на термін не більше 30 (тридцяти) послідовних днів після закінчення терміну дії Договору.
- 15.3. За умови безперервної пролонгації дії Договору щодо Застрахованого, Страховик продовжує нести відповідальність за страховими випадками такого Застрахованого, що настали в попередній рік страхування. При безперервній пролонгації період очікування не застосовується згідно з п.11.4. Частина I Пропозиції.

16. Індивідуальні умови Договору, зокрема обрана Страхувальником Програма страхування, розмір страхової суми, страхового тарифу, загальний страховий платіж та порядок його сплати, строк дії Договору, особливі умови дії страхового покриття тощо визначаються залежно від обраної Страхувальником Програми страхування та наданої при укладенні Договору інформації та вказуються в Полісі.

1. ДІЇ В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

1.1. У випадку встановлення попереднього діагнозу за критичним захворюванням, що покривається Договором (п.10 Частини I Пропозиції), Застрахований невідкладно (протягом трьох днів з дати встановлення попереднього діагнозу, але в будь-якому разі до початку проведення лікування) 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 Картки (Полісу) Застрахованого та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно.

1.2. Страховик перевіряє чинність Договору щодо Застрахованого, надає медичні консультації, здійснює координацію дій Асистуючої компанії та Медичних закладів щодо подальших дій Застрахованої особи.

1.3. Самостійне звернення Застрахованого в Медичний заклад після попередньо встановленого діагнозу, що може бути визнаний страховим випадком (з подальшою компенсацією Страховиком самостійно витрачених коштів Застрахованому) допускається лише за попереднім погодженням зі Страховиком. Для цілей даного пункту 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 поважних причин.

1.4. Опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком (Асистуючою компанією) при настанні страхового випадку за обраною для Застрахованої особи Програмою страхування наведено в Додатку №1 до Полісу.

1.5. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором 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 з урахуванням особливостей діагнозу та методу лікування.

1.6. Перелік Медичних закладів для обслуговування Застрахованих міститься в Додатку №2 до Пропозиції та додатково розміщується на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>. Залежно від особливостей діагнозу та методу лікування Страховик має право організувати надання медичної допомоги в інших медичних закладах відповідного профілю.

2. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

2.2. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається:

2.2.1. у разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком / Асистуючою компанією – договорами з Медичними закладами / Асистуючою компанією (у цьому випадку збір документів покладається на Страховика);

2.2.2. у разі врегулювання шляхом компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованого при здійсненні лікування в Україні та/або за кордоном згідно з обраною Програмою страхування (п.1.3. Частини II Пропозиції) – Заява про здійснення страхової виплати (за зразком, розміщеним на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>), до якої додаються медичні та фінансові документи, що підтверджують необхідність та факт отримання медичних послуг Застрахованій особі та їх вартість (у такому випадку збір необхідних документів покладається на Застрахованого), зокрема:

- довідка з медичного закладу/виписка з медичної карти амбулаторного/ стаціонарного хворого/епікриз з історії хвороби/результати обстеження/рекомендації та строки лікування/проведене лікування тощо, завірені печаткою медичного закладу, де встановлено діагноз (медичні документи мають бути датовані не раніше 3 (трьох) місяців до дати їх подання);

- документи медичних закладів про результати гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень згідно з протоколами лікування, інші результати проведених аналізів та досліджень з приводу захворювання/стану, передбаченого Договором;

- фінансові документи, що підтверджують понесені витрати;

- інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика.

Додатково, при зверненні Застрахованого за телефоном 0 800 303 911 (цілодобово, безкоштовно) Страховик консультує Застрахованого щодо такого переліку документів.

2.2. У разі необхідності здійснення фіксованої разової виплати у випадку, коли лікування дорослого Застрахованого (18-65 років) неможливо провести в Україні (якщо така опція передбачена Програмою страхування) — Страховик приймає рішення за даною опцією Програми страхування на підставі та після отримання розгорнутого аргументованого висновку Асистуючої компанії щодо наявності обставин, визначених п.2.2.1. Частини II Пропозиції.

2.2.1. Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, у разі виконання наступних умов в сукупності:

- якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;

- якщо лікування не доступне на базі комерційних Медичних закладів в Україні;
- в разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів), це становитиме загрозу життю Застрахованого;
- якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованого відповідно до умов Договору.

2.3. У разі подання документів Застрахованим самостійно згідно з умовами цього Договору – усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати, Застрахований повинен надати 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).

2.4. Строк прийняття рішення за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:

- 2.4.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або
- 2.4.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованому / Страхувальнику протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

2.5. Строк здійснення страхової виплати становить 10 (десять) робочих днів з дати складення страхового акту.

2.6. Страхова виплата здійснюється:

2.6.1. у разі організації медичної допомоги Застрахованому Страховиком – безпосередньо Медичному закладу (напряму або через міжнародну Асистуючу компанію), в якому Застрахований отримав медичну допомогу за направленням Страховика (в межах переліку 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 / Асистуючою компанією;

2.6.2. у разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованим за погодженням із Страховиком (п.1.3. Частини II Пропозиції) або у випадку здійснення фіксованої разової виплати згідно з Програмою страхування – безпосередньо на користь Застрахованого. Якщо внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованого – страхова виплата / компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється спадкоємцям Застрахованого згідно із 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 зразком, розміщеним на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>.

2.7. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця періоду страхування, за який сплачений страховий платіж, а страхова сума для відповідного Застрахованого зменшується на виплачену суму. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, то дія Договору припиняється для відповідного Застрахованого припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з банківського рахунку Страховика.

2.8. Якщо Договором передбачена можливість внесення загального страхового платежу Страхувальником частинами (черговими страховими платежами), то при настанні страхового випадку із суми страхової виплати Страховик має право утримати суму страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

3. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

3.1. Страховик має право відмовити у страховій виплаті у наступних випадках:

- 3.1.1. у разі навмисних дій Застрахованого, спрямованих на настання страхового випадку;
- 3.1.2. надання Застрахованим свідомо неправдивих відомостей про факт, обставини, причини настання страхового випадку;
- 3.1.3. вчинення Застрахованим умисного злочину, що призвів до настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 3.1.4. несвоєчасне або неналежне повідомлення Страховика про настання страхового (з порушенням умов Договору);
- 3.1.5. невиконання вказівок Страховика (лікаря-координатора гарячої лінії Страховика за телефоном 0800 303 911), без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;
- 3.1.6. настання події, що не підпадає під визначення страхового випадку згідно з п.10 Частини I Пропозиції та Програмою страхування (Додаток №1 до Полісу);
- 3.1.7. ненадання Страховику у випадках, передбачених Договором, документів, необхідних для прийняття рішення за подією, що має ознаки страхового випадку, або подання їх після завершення строку, передбаченого п.2.4. Частини II Пропозиції;
- 3.1.8. невиконання Страхувальником або Застрахованим обов'язків, передбачених Договором;
- 3.1.9. у випадку самостійного звернення Застрахованого в Медичний заклад без попереднього погодження зі Страховиком (з порушенням вимог пп. 1.1., 1.3. Частини II Договору);
- 3.1.10. у випадку отримання Застрахованим медичних та інших послуг в медичних та інших закладах, не передбачених Програмою страхування або вибір яких не був погоджений зі Страховиком;
- 3.1.11. у випадку настання події, що має ознаки страхового випадку, протягом періоду очікування, передбаченого п.11.2. Частини I та Програмою страхування для відповідного ризику / критичного захворювання;
- 3.1.12. у зв'язку з хворобами, станами чи травмами, про наявність яких було відомо Застрахованому (законному представнику) під час заповнення Декларації про стан здоров'я Застрахованого (при

оформленні її на вимогу Страховика згідно з Договором), але про які не було зазначено в такій Декларації.

3.2. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття:

- 3.2.1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;
- 3.2.2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
- 3.2.3. Захворювання шкіри наступних типів:
 - Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
 - Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
- 3.2.4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);
- 3.2.5. Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 баллів (включно) за шкалою Глісона;
- 3.2.6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).

3.3. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття:

- 3.3.1. Захворювання та/або медичні стани, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, що не передбачені Договором та/або Програмою страхування;
- 3.3.2. послуги, що передбачені Програмою страхування, але якщо вони були надані Застрахованому після закінчення строку дії Договору, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору;
- 3.3.3. послуги, необхідність яких, виникла у зв'язку із порушенням Застрахованим рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях;
- 3.3.4. послуги, що прямо не передбачені Програмою страхування;
- 3.3.5. психохірургія;
- 3.3.6. лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;
- 3.3.7. лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;
- 3.3.8. будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами Програми страхування;
- 3.3.9. будь-якого виду трансплантації кісткового мозку для осіб, старших за 18 років (якщо інше прямо не передбачено Програмою страхування);
- 3.3.10. медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках Програми страхування та відповідно до її умов;
- 3.3.11. послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);
- 3.3.12. послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку;
- 3.3.13. якщо в процесі трансплантації органів Застрахований є донором для третьої особи;
- 3.3.14. якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку у передбачених Програмою страхування випадках);
- 3.3.15. якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки;
- 3.3.16. якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку у випадках, передбачених Програмою страхування.

3.4. Не є страховим випадком та Страховик не оплачує витрати:

- 3.4.1. за захворюваннями і станами, не передбаченими Програмою страхування та/або які виникли до початку або після закінчення строку дії або розірвання Договору;
- 3.4.2. за послуги щодо іншої особи, яка не є Застрахованою за Договором, в тому числі у разі встановлення факту передачі Застрахованим Договору та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених Договором та/або Програмою страхування;
- 3.4.3. за послуги, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування з приводу захворювання;
- 3.4.4. за захворюваннями та станами, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунодефіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);
- 3.4.5. за розладом здоров'я, в тому числі травматичним пошкодженням, що настало в результаті занять спортом на професійному рівні, а також в результаті заняття Застрахованим наступними екстремальними видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя і здоров'я: автоспорт, мотоспорт, альпінізм, спелеологія, бокс та будь-які інші види бойових єдиноборств, екстремальні види велоспорту (включаючи маунтинбайк), фрідайвінг, скайсерфінг, дайвінг (глибина занурення більше 25 метрів), кайтінг, бейсджампінг, екстремальні водні види спорту (в тому числі, аквабайк, водні лижі), парашутний спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, кінний спорт;
- 3.4.6. у зв'язку з розладом здоров'я Застрахованого, який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
- 3.4.7. у зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті професійної діяльності Застрахованого, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини),

- з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами;
- 3.4.8. пов'язані із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;
 - 3.4.9. не передбачені Програмою страхування;
 - 3.4.10. у зв'язку з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або про які було відомо Застрахованому до дати початку дії Договору, якщо лікування, передбачене Програмою страхування, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення Договору;
 - 3.4.11. у зв'язку з отриманням Застрахованим медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені Програмою страхування або вибір яких не був узгоджений із Страховиком;
 - 3.4.12. у зв'язку з заподіянням собі тілесних ушкоджень, а також замахом на самогубство, пов'язаних з психічними захворюваннями або розладами поведінки;
 - 3.4.13. у зв'язку зі службою Застрахованого в збройних силах, в тому числі, але не обмежуючись: службою в армії, поліції, пожежній бригаді, пенітенціарних службах тощо;
 - 3.4.14. у зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті здійснення Застрахованим протиправних діянь, а також у результаті вчинення або підготовки терористичного акту;
 - 3.4.15. на медичні послуги, не пов'язані із лікувальним процесом;
 - 3.4.16. за послуги, які відповідно до клінічних протоколів МОЗ України (чи уповноваженого органу країни лікування) не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання, його ускладнень та невідкладних станів та/або не призначені Застрахованому лікуючим лікарем.
- 3.5. За Договором Застрахованими не можуть бути особи: особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними; особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; ВІЛ-інфіковані, хворі на СНІД; особи віком старше за 64 років і 6 місяців на дату укладення Договору щодо них; особи, які досягли віку 70 років у період дії Договору. Наслідки недотримання обмежень п.3.5. Частина II Пропозиції передбачені пп. 5.8., 5.9. Частина II Пропозиції.
- 3.6. За опціями «Кардіохірургія» та «Нейрохірургія» (якщо такі передбачені Програмою страхування для Застрахованого) не покриваються випадки:
- 3.6.1. необхідності екстреного лікування (за життєвими показниками, при невідкладних станах, що становлять загрозу життю Застрахованого, коли лікування має бути здійснено екстрено протягом 24 годин);
 - 3.6.2. хірургічні втручання, що проводяться у зв'язку із вродженими вадами.
- 3.7. У разі звернення Застрахованого щодо випадку, який не визнається Страховиком страховим згідно з Договором (в тому числі згідно з додатками до Договору), Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованому за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови Договору та/або додатків до нього. В таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованого, має право організувати надання медичної допомоги Застрахованому з подальшою оплатою відповідних видів допомоги та послуг самим Застрахованим.
- 3.8. Якщо обставини, які 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 у 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.

4. ПРАВА, ОBOB'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

4.1. Страховик має право:

- 4.1.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені Договором;
- 4.1.2. 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;
- 4.1.3. з урахуванням особливостей діагнозу та методу лікування обрати Медичний заклад, що надаватиме Застрахованому медичну допомогу та послуги, передбачені Програмою страхування в межах території надання послуг, передбаченої Програмою страхування (якщо це передбачено Програмою страхування – Застрахований має право обрати місце лікування (Україна або за кордон), але рішення щодо конкретної країни та Медичного закладу приймається Страховиком з урахуванням особливостей діагнозу та методу лікування);
- 4.1.4. з'ясувати 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;
- 4.1.5. відмовити Страхувальнику/Застрахованому у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Розділі 3 Частина II Пропозиції та/або додатках до Договору;

4.1.6. 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 повного пакету документів згідно з Договором;

4.1.7. видати на кожного Застрахованого картку із зазначенням номера Полісу, телефону Страховика для звернення при настанні страхових випадків (за текстом Договору – Картка Застрахованого). При цьому Картка Застрахованого не може бути використана без документа, що посвідчує особу;

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

4.2. Страховик зобов'язаний:

4.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;

4.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до Договору;

4.2.3. 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;

4.2.4. в разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на письмову заяву Страхувальника/Застрахованого, повідомити Страхувальника/Застрахованого в письмовій формі про прийняте рішення не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дати його прийняття;

4.2.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, а також про Застрахованого та стан його здоров'я;

4.2.6. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію про Медичні заклади та їх категорії на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>;

4.2.7. дотримуватись порядку врегулювання, передбаченого Розділами 1, 2 Частини II Пропозиції та додатками до Договору.

4.3. Страхувальник зобов'язаний:

4.3.1. своєчасно та у повному обсязі сплатити страховий платіж відповідно до умов Договору;

4.3.2. отримати згоду Застрахованого на укладення Договору, а також ознайомити Застрахованих з умовами Договору;

4.3.3. забезпечити видачу всім Застрахованим пластикових Карток Застрахованих (у разі їх замовлення та отримання від Страховика);

4.3.4. при укладенні Договору надати Страховикові інформацію 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 цього 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 Застрахованому стало відомо про зміну ступеня ризику;

4.3.5. 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 цього Договору, він взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених);

4.3.6. забезпечити заповнення Застрахованим Декларації про стан здоров'я Застрахованого за формою, наданою Страховиком, – у випадках, передбачених п.7.1.7. Частини II Пропозиції;

4.3.7. повідомляти Страховика протягом строку дії Договору про зміну прізвищ, адрес та інших даних про Застрахованого, необхідних для виконання Договору, – до першого числа наступного місяця після настання відповідних змін;

4.3.8. повідомляти Страховика про зміни в Переліку Застрахованих (включення або виключення осіб до/з Переліку Застрахованих, зміна програми страхування для конкретного Застрахованого тощо) до 28 (двадцять восьмого) числа місяця, що передує місяцю, в якому буде змінено Перелік Застрахованих;

4.3.9. протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати;

4.3.10. протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхової виплати;

4.3.11. надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку (в тому числі прикладенні Договору надати Страховику згоду на отримання персональних/медичних даних Застрахованого, в тому числі тих, що становлять лікарську таємницю);

4.3.12. дотримуватись умов Договору та його додатків.

4.4. Наданням згоди на укладення 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 Договором.

4.5. Страхувальник має право:

4.5.1. на роз'яснення умов та Правил страхування;

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

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

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

4.5.5. на безоплатне одержання дублікату Картки Застрахованого у випадку її втрати, якщо така Картка видавалась Застрахованому.

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

4.7. Сторони мають також інші права та обов'язки, передбачені Договором та додатками до нього, а також законодавством України.

4.8. 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 несплаченої суми за кожен день прострочення, але не більше 10% від несвоечасно сплаченої частки страхової виплати.

4.9. Якщо згідно з пп.13, 14 Полісу передбачено відстрочення оплати страхового платежу (якщо термін сплати страхового платежу йде пізніше дати початку Договору / періоду страхування та у випадку несплати страхового платежу / чергового страхового платежу у розмірі та у терміни, визначені п.13 Полісу – Страхувальник на письмову вимогу Страховика зобов'язаний повернути Страховику суму фактично здійснених страхових виплат / компенсувати витрати Страховика, понесені для здійснення страхових виплат. Страхувальник має право звернутися до особи, на користь якої здійснено страхову виплату, за компенсацією понесених Страхувальником витрат по поверненню Страховику фактично сплачених страхових виплат / витрат для здійснення страхових виплат.

4.10. Сторони погодили, 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).

5. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

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

5.2. При виключенні та / або додаванні Застрахованих до Переліку Застрахованих (п.3 Полісу), зміни Програми страхування застосовуються наступні умови:

5.2.1. Страховий платіж, який розраховується по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню на термін менше 1 (одного) року, розраховується за наступною формулою:

$СП_{(до\ сплати)} = СП_{прогр} / (D2-D3+1) \times (D2-D1+1)$, де:

СП (до сплати) – страховий платіж на період дії Договору, що залишився, по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню;

СП_{прогр} – страховий платіж за відповідною Програмою страхування щодо кожного Застрахованого за загальний строк дії Договору (наприклад, 1 рік);

D3 – дата початку дії Договору;

D2 – дата закінчення дії Договору;

D1 – дата початку дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню.

5.2.2. При додаванні особи до Переліку Застрахованих на термін менше 1 (одного) року, усі індивідуальні ліміти за опціями не перераховуються та визначаються згідно з відповідною Програмою страхування.

5.2.3. Виключення Застрахованого із Переліку Застрахованих вважається достроковим припиненням дії Договору по відношенню до такого Застрахованого.

5.2.3.1. Сума до повернення розраховується за наступною формулою:

$СП_{в} = (СП_{сплачений} - СП_{використаний}) \times (1-R) - L$, де

СП_в – страховий платіж до повернення за невикористаний період страхування щодо Застрахованого, по відношенню до якого дія Договору припиняється;

СП_{сплачений} – страховий платіж сплачений (у тому числі той, що підлягає сплаті в разі відстрочки платежу) за період від дати початку дії по відношенню до Застрахованого – до дати закінчення періоду страхування, в який відбувається дострокове розірвання;

СП_{використаний} – використаний страховий платіж за період дії Договору щодо даного Застрахованого;

$СП_{використаний} = СП_{прогр(1\ день)} \times N$, де

СП_{прогр} – страховий платіж за Програмою страхування щодо Застрахованого;

СП_{прогр(1 день)} – страховий платіж за Програмою страхування для Застрахованого за 1 день обслуговування;

N = кількість днів дії страхового покриття щодо Застрахованого:

$N = D2 - D1 + 1$

D2 – дата дострокового припинення страхування щодо Застрахованого;

D1 – дата початку страхування щодо Застрахованого;

R – нормативні витрати на ведення справи;

L – сума виплат (сплачені збитки та резерви) щодо Застрахованого, яка знімається зі страхування на дату формування додаткової угоди; Резерви – це прогарантовані Страховиком страхові виплати Медичним закладам, але не сплачені.

5.2.3.2. При розрахунку страховий платіж до повернення округлюється до двох знаків після коми.

5.2.3.3. Якщо в результаті розрахунків за додатковою угодою $СП_{в} < 0$, то Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не доплачує за особу, яка знімається зі страхування.

5.2.4. Зміна Програми страхування:

5.2.4.1. можлива один раз протягом строк дії Договору по відношенню до одного Застрахованого, окрім випадків переведення у зв'язку зі зміною посади, які можуть відбуватись без обмежень кількості разів;

- 5.2.4.2. можлива лише на ті Програми страхування, які передбачені Договором;
- 5.2.4.3. при зміні Програми страхування на нову, поточна Програма страхування по відношенню до цього Застрахованого припиняє свою дію, при цьому розрахунок суми до повернення проводиться згідно з п.5.2.3. Частини II Пропозиції з врахуванням умови, що $R=0$.

За новою Програмою страхування щодо цього Застрахованого страховий платіж розраховується згідно з п.5.2.1. Частини II Пропозиції.

5.2.5. **Заміна одного Застрахованого іншим** без сплати додаткового страхового платежу можлива у разі, якщо для Застрахованого, який виключається з Переліку Застрахованих, не було фактичних або заявлених виплат та Програма страхування залишається без змін.

5.2.6. При додаванні особи до Переліку Застрахованих страхова сума залишається незмінною і відповідає страховій сумі, передбаченій відповідною Програмою страхування.

5.2.7. Кінцева дата строку страхування для нового Застрахованого повинна співпадати з кінцевою датою строку дії Договору.

5.3. Перехід за бажанням Застрахованої особи із однієї Програми страхування на іншу здійснюється виключно протягом першого місяця дії Договору за умови відсутності страхових виплат та заявлених страхових випадків, а також зі сплатою повної суми різниці річної вартості Програм страхування.

5.4. За згодою Сторін Договору може бути передбачена можливість включення до Переліку Застрахованих за цим Договором родичів першої лінії спорідненості Застрахованих, зазначених у Переліку Застрахованих (п.3 Полісу).

Застрахованими родичами можуть бути: чоловік / дружина віком до 65 років, діти від 0 років, батьки віком до 65 років.

5.5. Заяви щодо змін, передбачених пп.5.2. – 5.4. Частини II Пропозиції (далі – Заява щодо змін) заповнюються за наданою Страховиком формою та надсилаються на електронну адресу Страховика, зазначену в Полісі.

5.5.1. Заяви щодо змін подаються за необхідності протягом поточного місяця. Заява щодо змін надсилається не пізніше, ніж за 3 (три) робочих дні до запланованої дати зміни. Під час оформлення Заяви щодо змін Страхувальник має право звернутися до Страховика з метою розрахунку страхових сум, страхових платежів, лімітів та страхових тарифів (за необхідності).

5.5.2. Зазначені зміни оформлюються додатковою угодою до Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання Заяви щодо змін від Страхувальника. Зобов'язання Страховика щодо змін, вказаних у такій Заяві, починаються з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за датою сплати страхового платежу за відповідною додатковою угодою, якщо така доплата передбачена додатковою угодою.

5.6. Картка, видана Застрахованому, щодо якого припиняється дія Договору, після набуття чинності додатковою угодою вважається анульованою і не може бути підставою для відшкодування вартості медичних послуг.

5.7. У разі помилкового укладення Договору на користь однієї з осіб, зазначених у п.3.5. Частини II Пропозиції – Договір припиняє свою дію в частині зобов'язань щодо цього Застрахованого з моменту встановлення цього факту, а страхові платежі, внесені за цього Застрахованого, в повному обсязі повертаються Страхувальнику з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактично здійснених страхових виплат.

5.8. Якщо Договір був укладений на користь однієї з осіб, зазначених у п.3.5. Частини II Пропозиції, у зв'язку з тим, що така особа знала про стан свого здоров'я, але не сповістила про зазначені обставини Страховика, то за вимогою Страховика цей Договір достроково припиняє свою дію в частині зобов'язань Страховика щодо цього Застрахованого з моменту встановлення Страховиком приховування інформації Застрахованим щодо стану свого здоров'я або настання страхового випадку через стан здоров'я Застрахованого, вказаного у п.3.5. Частини II Пропозиції. Сплачені за Договором страхові платежі у таких випадках повертаються за письмовою заявою Страхувальника – за період, що залишився до закінчення дії цього Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактично здійснених страхових виплат.

5.9. Сторони можуть вносити зміни до Переліку Застрахованих до 28 (двадцять восьмого) числа місяця, що передує місяцю, в якому буде змінено Перелік Застрахованих. Страхувальник надає Страховику заяву про внесення змін до Переліку Застрахованих, за формою, наданою Страховиком. У такій заяві зазначається інформація про осіб, що підлягають виключенню та/або додаванню до Переліку Застрахованих на наступний місяць дії Договору, про що Сторонами укладається відповідна додаткова угода до Договору.

5.10. Сторони Договору погодили, що зміни у Переліку Медичних закладів вносяться Страховиком в односторонньому порядку без укладення додаткової угоди до Договору та відображаються Страховиком на веб-сайті за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>. При зверненні Застрахованого до Страховика у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, Страховик інформує Застрахованого про актуальний перелік Медичних закладів, в яких можуть бути надані медичні послуги Застрахованому.

5.11. У разі зміни адреси, назви або банківського рахунку Страховика або Страхувальника, зміни в Договірі 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.

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

5.12.1. закінчення строку дії Договору;

5.12.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованим у повному обсязі;

5.12.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки, із врахуванням п.14 Полісу. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо черговий страховий платіж не був сплачений. У випадку якщо згідно з пп.13,14 Полісу передбачено період відстрочки, а Страхувальник не сплатив страховий платіж / черговий страховий платіж або сплатив його не в повному розмірі і дію Договору було припинено на підставі цього пункту, то Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж за період

відстрочки, розрахований Страховиком та відповідно до виставленого рахунку Страховика – протягом 7 (семи) робочих днів з дати отримання рахунку.

5.12.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

5.12.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

5.12.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

5.12.7. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.13. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

5.14. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі (також і у випадку одноразового внесення страхового платежу за весь рік страхування) за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактично здійснених страхових виплат. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

5.15. При достроковому припиненні дії Договору на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактично здійснених страхових виплат.

5.16. У разі припинення дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком взятих на себе зобов'язань у повному обсязі, страхові платежі не повертаються.

5.17. По відношенню до одного Застрахованого Договір також припиняється у випадку:

5.17.1. смерті Застрахованого;

5.17.2. досягнення Застрахованою особою 70-річного віку. Особа вважається такою, що досягла певного віку, починаючи з 00:00 годин дня, наступного за датою народження, зазначеною в Полісі. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплачених страхових платежів за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу (50%), фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за Договором страхування;

5.17.3. за наявності підтверджених фактів передачі Картки Застрахованого для авторизації (в разі якщо така картка видавалась Застрахованому) іншим особам, які не є застрахованими за Договором, для отримання ними медичної допомоги – дія Договору достроково припиняється Страховиком відносно цього Застрахованого в односторонньому порядку шляхом направлення письмового повідомлення Страхувальнику про даний факт;

5.17.4. в разі неповернення безпідставно перерахованої страхової виплати згідно з п.3.8. Частини II Пропозиції.

5.18. Відповідно до чинного законодавства Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дати укладення Договору страхування або помилкового перерахування коштів шляхом подання Страховику письмової заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. При цьому Страховик має право стягнути зі Страхувальника суму всіх страхових виплат, що були здійснені Страховиком за Договором за період від дати укладення Договору до дати отримання Страховиком письмової відмови Страхувальника згідно з цим пунктом.

6. ДОКУМЕНТООБІГ

6.1. Сторони домовилися, що підписання документів (Договору, додаткових угод до нього, Додатків, що є невід'ємною частиною Договору, а також первинних та інших документів, що оформлюються для виконання Договору) (надалі – «Документи») відбуватиметься уповноваженими особами Сторін в електронному вигляді або в простій письмовій формі з власноручними підписами уповноважених представників обох Сторін.

6.2. З метою оптимізації документообігу між Сторонами, Сторони домовилися, що мають право оформляти/підписувати документи, що стосуються встановлення та виконання умов договірних відносин, пов'язаних із Договором, у тому числі, але не виключно: додаткові угоди, специфікації, додатки, рахунки, акти приймання-передачі, сертифікати, повідомлення (далі – «Документи») в електронному вигляді, як електронні документи у розумінні Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг». Сторони домовилися, що підписання Документів в електронному вигляді відбуватиметься уповноваженими особами Сторін з використанням кваліфікованих або удосконалених електронних підписів, що базуються на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа (далі – «КЕП/УЕП») у погодженій Сторонами системі електронного обміну документами (далі – «EDI»).

6.3. Сторони домовилися, що КЕП/УЕП не засвідчується електронною (кваліфікованою/удосконаленою) печаткою.

6.4. Сторони домовилися про обмін електронними Документами за допомогою EDI. Документ, підписаний уповноваженим представником однієї Сторони та надісланий іншій Стороні за допомогою EDI, повинен бути повернений після підписання уповноваженим представником іншої Сторони у тій самій EDI. Документи, передані за допомогою EDI та підписані КЕП/УЕП уповноважених осіб Сторін, мають повну юридичну силу, породжують права та обов'язки для Сторін, та можуть бути подані до суду, як належні докази. Усі Документи, підписані КЕП/УЕП уповноважених осіб, які передаються за допомогою EDI, визнаються рівнозначними Документам на паперовому носії, підписаними такими уповноваженими особами власноручно. Підтвердження руху Документів у функціоналі EDI (підтвердження відправлення, отримання, доставки, прочитання тощо) вважається легітимним

та, у тому числі визнається підтвердженням факту приймання-передачі таких Документів уповноваженими особами Сторін та не вимагає додаткового доказування.

6.5. Сторони погоджуються, що засоби криптографічного захисту інформації, що реалізують шифрування та накладення КЕП/УЕП, та використовуються в EDI для підписання Документів, достатні для забезпечення конфіденційності інформаційної взаємодії Сторін, захисту від несанкціонованого доступу та безпеки обробки інформації, а також для підтвердження того, що:

- Документ надходить від уповноваженого представника Сторони, яка його передала;
- Документ не зазнав змін під час інформаційної взаємодії Сторін (підтвердження цілісності та оригінальності Документа).

6.6. З метою забезпечення безпеки обробки та конфіденційності інформації Сторони зобов'язуються:

- не допускати появи в комп'ютерному середовищі, де функціонує EDI, комп'ютерних вірусів та програм, спрямованих на його руйнування;
- не використовувати для підписання Документів скомпрометовані та/або неактуальні сертифікати/ключі.

6.7. Датою Документів, підписаних Сторонами КЕП/УЕП вважається дата, зазначена у таких Документах. Умови, що передбачені Документами, застосовуються з такої дати Документів (якщо в Документах не буде зазначено інше).

6.8. Дата фактичного підписання документа КЕП/УЕП не є датою Документів. На підставі ч. 3 ст. 631 Цивільного кодексу України Сторони дійшли згоди, що умови Договору страхування застосовуються до правовідносин Сторін, які виникли до його укладання, а саме починаючи з 00 годин 00 хвилин дати набрання чинності Договором, визначеної згідно із п.14 Полісу, за умови сплати страхового платежу у розмірі та строки, визначені Договором.

6.9. Сторони самостійно відповідають за достовірність накладеного КЕП/УЕП.

6.10. Сторони мають право будь-якої миті призупинити оформлення/підписання Документів за допомогою КЕП/УЕП та повернутися до їх оформлення/підписання у паперовій формі.

7. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

7.1. Загальні терміни та визначення, що вживаються в Договорі та додатках до нього, в цілях виконання Договору мають наступне значення:

7.1.1. **Застрахований** – застрахована особа згідно з Законом України «Про страхування», в інтересах якої укладено Договір за її згодою. Застрахованою особою за Договором є фізична особа, вказана в п.3 Полісу і яка надала письмову або усну згоду на укладення Договору на її користь. Вік Застрахованого на дату початку дії Договору не повинен перевищувати 64 роки та 6 місяців. Вік Застрахованого розраховується як різниця між датою народження Застрахованого та датою укладення Договору по відношенню до такого Застрахованого (Примітка: для уникнення непорозумінь Сторони погодили, що різниця у віці округлюється наступним чином, наприклад: 45,5 повинно бути округлено до 46 років, а 45,4 до 45 років). Особи, яким виповнилося 64 роки та 6 місяців на дату укладення Договору щодо них на страхування не приймаються, якщо інше не погоджено Програмою страхування та Переліком Застрахованих в Полісі. Застрахований може набувати прав і обов'язків Страхувальника, передбачених Договором, окрім прав / обов'язків, які можуть належати / бути виконані виключно Страхувальнику / Страхувальником.

7.1.2. **Перелік Застрахованих** – перелік застрахованих осіб за Договором, інформація про яких вказана в п.3 Полісу.

7.1.3. **Картка Застрахованого** – картка, видана Страховиком Застрахованим за Договором, призначена для ідентифікації / авторизації Застрахованого при зверненні в Медичні заклади. При цьому підтвердження особи, вказаної в Картці Застрахованого, здійснюється на підставі паспорта або іншого документа, що посвідчує особу згідно з законодавством. Картка Застрахованого засвідчує право Застрахованого на отримання медичних послуг згідно з обраною Програмою страхування та відповідно до умов Договору. Картка Застрахованого не може використовуватись іншими особами з метою отримання ними медичних послуг. Картка Застрахованого може бути пластиковою або у вигляді електронного зображення у електронному повідомленні, що направляється на засіб зв'язку Страхувальника / Застрахованого, зазначений при укладенні Договору. Обслуговування Застрахованого в Медичних закладах, як правило, відбувається при пред'явленні Застрахованим Картки / її зображення.

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

7.1.5. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком або Асистуючою компанією, 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 завданнями 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 Страховиком або Асистуючою компанією укладено договори про обслуговування застрахованих осіб. До Медичних закладів за цим Договором прирівнюється також Асистуюча компанія, з якою Страховиком укладено договір для організації обслуговування застрахованих осіб, в тому числі за кордоном. Перелік Медичних закладів, в яких відбувається обслуговування, наведені у Переліку Медичних закладів (Додаток №4 до Договору), а також розміщений на веб-сайті Страховика за посиланням <https://vuso.ua/informations?item=6>.

7.1.6. **Програма страхування** – комплекс опцій, конкретних умов страхування, набір медичних та інших послуг та видів допомоги розроблений компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та запропонований Страховиком та обраний Страхувальником при укладенні Договору страхування. Перелік Програм страхування,

доступних до вибору при укладенні Договору, наведено в Додатку №1 до Пропозиції. Фактично обрана при укладенні Договору Програма страхування для конкретного Застрахованого зазначається в Додатку №1 до Полісу.

7.1.7. **Декларація про стан здоров'я** – заява-анкета Страхувальника / Застрахованого про стан здоров'я Застрахованого щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такого Застрахованого (щодо захворювань, медичних станів, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованого). Декларація про стан здоров'я Застрахованого подається на вимогу Страховика перед укладенням Договору щодо такого Застрахованого і є Додатком №2 до Полісу. У випадку, якщо заповнення Декларації для окремого Застрахованого є неможливим та/або у випадках необхідності з'ясування додаткових обставин Страхувальник / Застрахований на вимогу Страховика заповнює розширену Анкету про стан здоров'я Застрахованого, що подається за формою, наданою Страховиком. Після заповнення Декларація про стан здоров'я Застрахованого / Анкета подається Страховику та стає невід'ємною частиною Договору.

7.1.8. **Асистуюча компанія** – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованого та осіб, що надають послуги Застрахованому у разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Дані послуги за Договором надає міжнародна група компаній **Madanes Advanced Healthcare Services Ltd.**, зареєстрований офіс якої розташований за адресою: Ізраїль, Тель-Авів 67060, вул. Хашлоша д.2, номер компанії 515078145, яка здійснює всі заходи з організації Застрахованим медичних послуг, передбачених Програмою страхування.

7.1.9. **Лікар-фахівець** – фахівець з завершеною вищою медичною освітою, практикуючий лікар відповідно до встановлених медичних стандартів і вимог чинного законодавства, який здійснює практику в профільному медичному закладі, має відповідну кваліфікацію в галузі медицини, та відповідно до якої має право винести висновок про стан здоров'я Застрахованого.

7.1.10. **Хірург** – фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у країні проведення лікування в якості "фахівця з хірургії".

7.1.11. **Хірургічне втручання (операція)** – інвазивна хірургічна процедура – проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованого, у тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного променя, для діагностики і лікування, а також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

7.1.12. **Рак «in situ»** - неінвазивний рак, злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини.

7.1.13. **Протокол лікування** – клінічний протокол/стандарти лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України, а у разі проведення лікування Застрахованої особи за кордоном у випадках, передбачених Договором – клінічні протоколи/стандарти лікування, затверджені та/або рекомендовані до використання уповноваженим органом на території країни проведення такого лікування.

7.1.14. **Лікарські засоби** – будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта. Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату.

7.1.15. **Супроводжуюча особа** – особа, яка супроводжує Застрахованого за межами території України у випадках, передбачених Програмою страхування, до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованого в країні проведення лікування. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг Застрахованого.

7.1.16. **Репатріація** – повернення тіла Застрахованого до країни проживання, у випадку, якщо Застрахований помирає протягом курсу лікування. Репатріація здійснюється Асистуючою компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору та на умовах, визначених Програмою страхування.

7.1.17. **Експериментальні методи лікування** – лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань.

7.1.18. **Імплантат** – будь-який штучний або природний орган або частина природного органу або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого в тіло Застрахованого за допомогою операції, яку охоплює Договір Страхування, за винятком: вставного зубу, зубного імплантату.

7.1.19. **Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або закону.

8. ІНШІ УМОВИ ДОГОВОРУ

8.1. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує:

8.1.1. з умовами та правилами страхування ознайомлений та згоден;

- 8.1.2. інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», надана Страхувальнику своєчасно та в повному обсязі;
- 8.1.3. свій намір укласти Договір;
- 8.1.4. заявлену інформацію щодо обсягу страхового покриття повністю та достовірно відображено цьому Договорі та додатках до нього, що Страхувальник засвідчує, підписуючи Договір;
- 8.2. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням Договору Страхувальник / Застрахований надають свою згоду:
 - 8.2.1. на обробку Страховиком / Асистуючою компанією їх персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання Договору), та/або пропонування Застрахованому /Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним з використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
 - 8.2.2. на прийняття Страховиком / Асистуючою компанією рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованого (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;
 - 8.2.3. Страховик / Асистуюча компанія має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застрахованого / Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
 - 8.2.4. зберігання Страховиком / Асистуючою компанією їх персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
 - 8.2.5. реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України;
 - 8.2.6. надання Страховиком / Асистуючою компанією доступу Медичним закладам до персональних даних Застрахованих та передачу Страховиком / Асистуючою компанією персональних даних Застрахованих Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання Договору;
 - 8.2.7. передачу Страховиком / Асистуючою компанією персональних даних Застрахованих Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих;
 - 8.2.8. у випадку, коли Договір укладено за сприяння страхового брокера, який співпрацює зі Страховиком та Страхувальником та/або Застрахованими з метою надання Страхувальнику / Застрахованим страхових брокерських послуг протягом дії Договору – Страхувальник підтверджує, що він повідомив Застрахованих про отримання послуг страхового брокера щодо супроводу та консультування Страхувальника та/або Застрахованого щодо окремих страхових випадків, передбачених Договором, у зв'язку з чим Страхувальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих на надання Страховиком / Асистуючою компанією персональних даних Застрахованих такому страховому брокеру у межах Договору.
- 8.3. Страхувальник підтверджує, що Застраховані (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до п. 8.2. Частини II Пропозиції. Страховик / Асистуюча компанія здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих відповідно до вимог законодавства.
- 8.4. Страхувальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих (їх законних представників) на укладення Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням Договору Страхувальник надає Страховику / Асистуючій компанії персональні дані Застрахованих за Договором осіб, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих, наявність згоди Застрахованих (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.
- 8.5. Страхувальник /Застрахований надають безвідкличний та безумовний дозвіл Медичним закладам на вимогу Страховика / Асистуючої компанії надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.
- 8.6. Всі суперечки між Сторонами вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства.
- 8.7. 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.
- 8.8. У випадку, якщо згідно з умовами Програми страхування страхова сума зазначена в іноземній валюті (Євро), то:
 - 8.8.1. страхова сума за такою Програмою страхування визначається у національній валюті (гривні) на дату укладення Договору та індексується на дату настання страхового випадку згідно із співвідношенням гривня / Євро за офіційним обмінним курсом Національного Банку України (НБУ) щодо Євро на дату настання страхового випадку;
 - 8.8.2. страховий платіж / чергові страхові платежі за такою Програмою страхування підлягають сплаті у національній валюті (гривні), виходячи із офіційного обмінного курсу НБУ щодо Євро на дату сплати страхового платежу / чергового страхового платежу;

- 8.8.3. страхова виплата за такою Програмою страхування за кожним страховим випадком та за Договором в цілому щодо конкретного Застрахованого здійснюється в національній валюті (гривні), виходячи із офіційного обмінного курсу НБУ щодо Євро на дату здійснення платежу (страхової виплати);
- 8.8.4. загальний розмір страхової виплати за страховим випадком не може перевищити розміру страхової суми / та передбачених Програмою страхування лімітів страхової виплати, еквівалент яких у гривнях розраховується, виходячи із офіційного обмінного курсу НБУ щодо Євро на дату настання страхового випадку.
- 8.9. Відносини Сторін, не врегульовані Договором, регулюються Правилами страхування та законодавством.
- 8.10. Пропозиція дійсна з **«01» липня 2023 року** та діє до оприлюднення на веб-сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції.

Голова Правління
ПрАТ «СК «ВУСО»



А.В. Артюхов

**ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ,
доступні до вибору при укладенні Договору страхування**

(фактично обрана для Застрахованого при укладенні Договору Програма страхування та набір ризиків / опцій за нею наведено в Додатку №1 до Полісу)

| 1. | Рівень Програми страхування | V | U | S | O |
|--|---|--|--|--|--|
| 2. | Категорія Застрахованого | Дорослі | Дорослі | Дорослі | Діти |
| 3. | Вік Застрахованого | 18 - 65 | 18 - 65 | 18 - 65 | 1 - 17 |
| 4. | ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА на кожного Застрахованого | сума пунктів 5.1.+ 7 | сума пунктів 5.1. + 7 | сума пунктів 5.1. + 6.1. + 7 | сума пунктів 5.1. + 6.1. + 7 |
| <p>Перелік критичних захворювань / станів, що покриваються Програмою страхування - відмічені позначкою "Так", недоступні до вибору - позначені позначкою "Ні", доступні до вибору - позначені позначкою "Так / Ні". Фактично обрана для Застрахованого Програма страхування, а також набір ризиків / опцій за нею наведено в Додатку №1 до Полісу.</p> | | | | | |
| 5 | ОНКОЛОГІЯ | Так | Так | Так | Так |
| <p>За опцією "Онкологія" критичним захворюванням визнається захворювання на рак (злоякісне новоутворення) Застрахованого (будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, та яке не є виключенням зі страхових випадків), що вперше виявлене в період дії Договору (з врахуванням періоду очікування) та підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або – в разі системних ракових захворювань – цитологічними доказами відповідно до протоколів лікування.</p> | | | | | |
| 5.1. | СТРАХОВА СУМА за опцією "Онкологія" на кожного Застрахованого | UAH 3 000 000 | UAH 4 000 000 | EUR 150 000 | EUR 150 000 |
| 5.2. | Територія надання Застрахованому послуг лікування онкології | Україна. У разі неможливості проведення лікування в Україні - фіксована разова виплата Застрахованому 200 тис грн Критерій неможливості проведення лікування в Україні згідно з п.12.3.1. Договору | Хірургічне лікування онкології - Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце хірургічного лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). | Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). | Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). |
| 5.3. | Період очікування | 90 днів | 90 днів | 90 днів | 90 днів |
| 5.4. | Період очікування у випадку щорічної безперервної лонгації | не застосовується | не застосовується | не застосовується | не застосовується |
| 5.5. | Амбулаторна допомога | Так | Так | Так | Так |
| 5.6. | Денний стаціонар | Так | Так | Так | Так |
| 5.7. | Стаціонарна допомога (госпіталізація Застрахованого, перебування у стаціонарі) | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) |
| 5.8. | Консультації та огляд лікарів, в тому числі лікарів-фахівців; | Так | Так | Так | Так |
| 5.9. | Діагностика, в тому числі лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика | Так | Так | Так | Так |
| 5.10. | Лікувальні медичні втручання, що включають: хіміотерапію, променеви терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування, що здійснюються Медичним закладом за погодженням зі Страховиком | Так | Так | Так | Так |
| 5.11. | Хірургічна операція | Так | Так | Так | Так |
| 5.12. | Імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування, включаючи вартість імплантантів | 600 000 грн | 600 000 грн | EUR 15 000 | EUR 15 000 |
| 5.13. | Лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні | Так | Так | Так | Так |
| 5.14. | Медикаментозне забезпечення - лікарські засоби під час та після проведення лікування (придбання лише ліків, затверджених FDA и EMA). Термін з моменту призначення препарату лікарем до його отримання безпосередньо Застрахованим не повинен перевищувати 14 робочих днів | Так | Так | Так | Так |
| 6. | ТРАНСПЛАНТАЦІЯ КІСТКОВОГО МОЗКУ (ТКМ) | ---- | ---- | Так / Ні | Так |
| <p>За опцією "Трансплантація кісткового мозку" передбачена можливість застосування трансплантації кісткового мозку для здійснення лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії, яке було діагностовано у Застрахованого протягом строку дії Договору (з врахуванням періоду очікування), та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту. За даною опцією трансплантацію кісткового мозку може бути застосовано за дотримання таких сукупних умов, дотримання яких перевіряє / підтверджує Асистуюча компанія:</p> <p>a) два лікаря-спеціаліста у відповідній галузі медицини підтвердять потребу трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;</p> <p>b) трансплантація проводиться у визнаному Медичному закладі, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проведено трансплантація кісткового мозку;</p> <p>c) трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікування з метою дослідження або розслідування;</p> <p>d) трансплантація проводиться відповідно до прийнятих етичних стандартів тієї країни, де проводиться трансплантація;</p> <p>e) наявність кісткового мозку, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованому.</p> | | | | | |
| 6.1. | СТРАХОВА СУМА за опцією "ТКМ" на кожного Застрахованого | --- | --- | EUR 150 000 | EUR 150 000 |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| 6.2. | Територія надання Застрахованому послуг з трансплантації кісткового мозку | --- | --- | Весь світ Трансплантація кісткового мозку здійснюється лише за кордоном. Рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування. | Весь світ Трансплантація кісткового мозку здійснюється лише за кордоном. Рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування. |
| 6.3. | Період очікування | --- | --- | 180 днів | 180 днів |
| 6.4. | Період очікування у випадку щорічної безперервної лонгації | --- | --- | не застосовується | не застосовується |
| 6.5. | Витрати на трансплантацію, яка проводиться через Асистуючу компанію у визнаному у цій галузі Медичному закладі, погодженому зі Страховиком; | --- | --- | Так / Ні | Так |
| 6.6. | Трансплантація, яка здійснюється не через Асистуючу компанію, але в Медичному закладі, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком; | --- | --- | Так / Ні | Так |
| 6.7. | Витрати на діагностику, медичне лікування та госпіталізацію у погодженому Страховиком Медичному закладі, де здійснювалась трансплантація згідно з Програмою страхування; | --- | --- | Так / Ні | Так |
| 6.8. | Оплата праці лікаря-хірурга та витрати на операційну, що понесені під час трансплантації або медичного лікування відповідно до Програми страхування | --- | --- | Так / Ні | Так |
| 6.9. | Оплата госпіталізації в Медичному закладі, до 30 днів до здійснення пересадки або лікування та до 335 днів після їх проведення, у тому числі медичних оглядів, лабораторних аналізів, лабораторних тестів і лікарських засобів протягом усього періоду госпіталізації | --- | --- | Так / Ні | Так |
| 6.10. | Витрати на репатріацію тіла Застрахованого у разі її смерті під час діагностики та/або лікування за межами України протягом дії Договору, що включає в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованого | --- | --- | EUR 5 000 | EUR 5 000 |
| 6.11. | Пошук відповідного донорського органу для трансплантації, його збереження та транспортування до місця трансплантації або покриття витрат щодо довільного донора: <input type="checkbox"/> Медичні послуги, що надаються донору, включаючи розміщення в лікарні, палаті чи відділенні лікарні, харчування; <input type="checkbox"/> Загальні медичні послуги або послуги, які регулярно надаються персоналом лікарні; <input type="checkbox"/> Лабораторні дослідження, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі вилучення органу або тканини, призначеної для трансплантації); <input type="checkbox"/> Витрати на проїзд та повернення живого донора до місця трансплантації обмежені вартістю квитка економ-класу в обидві сторони виключно з метою передачі органів / тканин Застрахованому; <input type="checkbox"/> Витрати на проїзд і повернення живого донора з відповідного готелю до лікарні або до лікуючого лікаря; <input type="checkbox"/> Витрати на проживання живого донора під час перебування за кордоном виключно з метою передачі органів / тканин Застрахованому. | --- | --- | EUR 25 000 | EUR 25 000 |
| 6.12. | Витрати на проїзд та повернення до місця трансплантації – до максимальної вартості зворотного авіаквитка в економ-класі | --- | --- | EUR 5 000 для Застрахованого та 1 супроводжуючого | EUR 5 000 для Застрахованого 2 супроводжуючих осіб |
| 6.13. | Спеціальне медичне повітряне транспортування та розумні витрати на наземний транспорт від аеропорту до лікарні, якщо на думку лікаря, погодженого Страховиком, Застрахований за медичними показаннями не придатний для польоту регулярним комерційним рейсом | --- | --- | EUR 25 000 | EUR 25 000 |
| 6.14. | Витрати на проживання на час та в місці проведення трансплантації. Вибір готелю здійснюється Страховиком із урахуванням наявності та близькості до Медичного закладу або лікуючого лікаря | --- | --- | EUR 55 000 для Застрахованого та 1 супроводжуючого | EUR 55 000 для Застрахованого 2 супроводжуючих осіб |
| 6.15. | Витрати у зв'язку з поїздкою лікаря-експерта до країни за місцем проживання Страхувальника – для проведення трансплантації, залежно від обставин страхового випадку | --- | --- | EUR 120 000 | EUR 120 000 |
| 7. | Комбінований ліміт (спільний для ризиків за п.8 "Кардіохірургія" та п.9 "Нейрохірургія") Загальна сума страхових виплат за опціями "Кардіохірургія" і "Нейрохірургія" (пп. 8 і 9), якщо такі покриваються Програмою страхування, не може перевищувати зазначений комбінований ліміт | UAH 3 000 000 | UAH 3 000 000 | EUR 150 000 | EUR 150 000 |
| 8. | КАРДІОХІРУРГІЯ | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні |
| За опцією "Кардіохірургія" критичним захворюванням визнається критичний стан Застрахованого, що потребує хірургічної операції на серці у зв'язку з хворобою, на яку захворів Застрахований та/або яка була вперше діагностована, або про яку вперше стало відомо Застрахованому протягом дії Договору страхування, за умови що діагноз вперше встановлено під час строку дії Договору (з урахуванням періоду очікування). За даною опцією подія визнається страховим випадком за умови, що діагноз підтверджено методом радіологічної діагностики, а необхідність проведення операції кардіохірургії є обґрунтованою з медичної точки зору та здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога, погодженого Страховиком. | | | | | |
| 8.1. | СТРАХОВА СУМА за опцією "Кардіохірургія" на кожного Застрахованого | UAH 3 000 000 | UAH 3 000 000 | EUR 150 000 | EUR 150 000 |
| 8.2. | Територія надання Застрахованому послуг кардіохірургії | Україна. У разі неможливості проведення лікування в Україні - фіксована разова виплата Застрахованому 200 тис грн Критерії неможливості проведення лікування в Україні згідно з п.12.3.1. Договору | Україна. У разі неможливості проведення лікування в Україні - фіксована разова виплата Застрахованому 200 тис грн Критерії неможливості проведення лікування в Україні згідно з п.12.3.1. Договору | Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). | Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). |
| 8.3. | Період очікування | 90 днів | 90 днів | 90 днів | 90 днів |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| 8.4. | Період очікування у випадку щорічної безперервної лонгації | не застосовується | не застосовується | не застосовується | не застосовується |
| 8.5. | Операція кардіохірургії для відновлення кровотоку в артеріях серця, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою обхідних трансплантатів (шунтів); | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні |
| 8.6. | Операція кардіохірургії щодо заміни або лікування одного або декількох серцевих клапанів; | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні |
| 8.7. | Операція кардіохірургії з пластики судин серця, стентування або хірургічного лікування порушень серцевого ритму. | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні |
| 9. | НЕЙРОХІРУРГІЯ | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні |
| <p>За опцією "Нейрохірургія" критичним захворюванням визнається критичний стан Застрахованого, що потребує будь-якого хірургічного втручання на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, у тому числі хірургічного втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку, у зв'язку з хворобою, на яку захворів Застрахований та/або яка була вперше діагностована, або про яку вперше стало відомо Застрахованому протягом дії Договору страхування, за умови що діагноз вперше встановлено під час строку дії Договору (з урахуванням періоду очікування). За даною опцією подія визнається страховим випадком за умови, що діагноз підтверджено методом радіологічної діагностики, а необхідність проведення операції нейрохірургії є об'єктованою з медичної точки зору відповідно до рекомендації нейрохірурга, погодженого Страховиком.</p> | | | | | |
| 9.1. | СТРАХОВА СУМА за опцією "Нейрохірургія" на кожного Застрахованого | UAH 3 000 000 | UAH 3 000 000 | EUR 150 000 | EUR 150 000 |
| 9.2. | Територія надання Застрахованому послуг нейрохірургії | Україна. У разі неможливості проведення лікування в Україні - фіксована разова виплата Застрахованому 200 тис грн Критерії неможливості проведення лікування в Україні згідно з п.12.3.1. Договору | Україна. У разі неможливості проведення лікування в Україні - фіксована разова виплата Застрахованому 200 тис грн Критерії неможливості проведення лікування в Україні згідно з п.12.3.1. Договору | Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). | Україна або Ізраїль, Туреччина, Польща, Південна Корея, Іспанія (Застрахований обирає місце лікування (в Україні або за кордоном), а рішення щодо конкретної країни приймає Страховик з урахуванням діагнозу та методу лікування). |
| 9.3. | Період очікування | 90 днів | 90 днів | 90 днів | 90 днів |
| 9.4. | Період очікування у випадку щорічної безперервної лонгації | не застосовується | не застосовується | не застосовується | не застосовується |
| 9.5. | Інвазивна операція нейрохірургії, що проводиться в стаціонарі (включаючи стаціонар денного перебування), яка проникає в тканини з метою лікування захворювання та/або рани та/або виправлення іншого недоліку або ушкодження здоров'я Застрахованого. | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні | Так / Ні |
| Додаткові опції, що покриваються Програмою страхування (відмічені позначкою "Так") | | | | | |
| 10. | АСИСТАНС ЗА КОРДОНОМ | ---- | Так | Так | Так |
| <p>За опцією "Асистанс за кордоном" покриваються додаткові витрати Застрахованого, пов'язані з лікуванням критичних захворювань за кордоном, якщо це передбачено Програмою страхування, а також надаються додаткові послуги (асистанс за кордоном) згідно з Програмою страхування.</p> | | | | | |
| 10.1. | Страхова сума за опцією "Асистанс за кордоном" | ---- | В межах Страхової суми за критичним захворюванням, з приводу якого проводиться лікування за кордоном згідно з Програмою страхування | В межах Страхової суми за критичним захворюванням, з приводу якого проводиться лікування за кордоном згідно з Програмою страхування | В межах Страхової суми за критичним захворюванням, з приводу якого проводиться лікування за кордоном згідно з Програмою страхування |
| 10.2. | Переліт / переїзд при проведенні лікування за кордоном до місця проведення діагностики, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, в місці, де буде проведено діагностику та/або лікування | ---- | Квиток економ-класу в обидва кінці для Застрахованого та 1 (однієї) Супроводжуючої особи | Квиток економ-класу в обидва кінці для Застрахованого та 1 (одного) супроводжуючого | Квиток економ-класу в обидва кінці для Застрахованого та 2 (двох) Супроводжуючих осіб |
| 10.3. | Проживання в готелі при проведенні лікування за кордоном в місці проведення діагностики. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Готель 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера. | ---- | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) для Застрахованого та 1 (однієї) Супроводжуючої особи | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) для Застрахованого та 1 (одного) супроводжуючого | до 10 днів (а у випадку хірургічної операції - продовження ще до 8 днів) для Застрахованого та 2 (двох) Супроводжуючих осіб |
| 10.4. | Витрати на репатріацію тіла Застрахованого у разі смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору, що включає транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованого | ---- | 200 000 грн | EUR 5 000 | EUR 5 000 |
| 10.5. | Допомога в отриманні візи з метою проходження лікування в країні призначення. При цьому, візовий збір сплачує Застрахований | ---- | для Застрахованого та 1 (однієї) Супроводжуючої особи | для Застрахованого та 1 (одного) супроводжуючого | для Застрахованого та 2 (двох) Супроводжуючих осіб |
| 10.6. | Послуги усного та письмового перекладу , що надаються Застрахованому у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України | ---- | Так | Так | Так |

ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

| Назва / Name | Спеціалізація / Expertise | Місто / Location | Країна / Country | Посилання / Link |
|--|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---|
| Rambam Medical Center | Загальна / General | Хайфа / Haifa | Ізраїль / Israel | http://www.rambam.org.il/EnglishSite/Pages/default.aspx |
| Hilel Yafeh Medical Center | Загальна / General | Хадера / Hadera | Ізраїль / Israel | http://hy.health.gov.il/eng/ |
| Hertzelia Medical Center | Загальна / General | Герцлія / Hertzelia | Ізраїль / Israel | http://www.hmcisrael.com/ |
| Assuta Medical Center | Загальна / General | Тель-Авів / Tel-Aviv | Ізраїль / Israel | http://en.assuta.co.il/ |
| Ichilov Medical Center | Загальна / General | Тель-Авів / Tel-Aviv | Ізраїль / Israel | http://www.tasmc.org.il/sites/en/Pages/default.aspx |
| Beilinson Medical Center | Загальна / General | Петакх-Тиква / Petakh-Tikva | Ізраїль / Israel | http://hospitals.clalit.co.il/Hospitals/Rabin/en-us/Pages/Homepage.aspx |
| Sheba Medical Center | Загальна / General | Рамат-Ган / Ramat-Gan | Ізраїль / Israel | http://eng.sheba.co.il/ |
| Assaf Harofeh Medical Center | Загальна / General | Рішон-Лезіон / Rishon-Letzion | Ізраїль / Israel | http://www.assafh.org/sites/en/Pages/default.aspx |
| Hadassah Medical Center | Загальна / General | Єрусалим / Jerusalem | Ізраїль / Israel | http://www.hadassah-med.com/ |
| Meir Medical Center | Загальна / General | Кфар-Саба / Kfar-Saba | Ізраїль / Israel | http://www.meir-health.ru/ |
| Reut Rehabilitation Hospital | Реабілітація / Rehabilitation | Тель-Авів / Tel-Aviv | Ізраїль / Israel | http://reuth-mc.org/ |
| Levinstein Rehabilitation Hospital | Реабілітація / Rehabilitation | Раннана / Rannana | Ізраїль / Israel | http://hospitals.clalit.co.il/hospitals/Loewenstein/he-IL/Pages/HomePage.aspx |
| Clínica La Luz | Загальна / General | Мадрид / Madrid | Іспанія / Spain | https://www.clinicalaluz.com |
| Quiron Torrevieja | Загальна / General | Торревьеха / Torrevieja | Іспанія / Spain | |
| Policlínica Ntra. Sra. del Rosario, S.L. | Загальна / General | Ібіца / Ibiza | Іспанія / Spain | http://www.infocif.es/ficha-empresa/policlinica-nuestra-senora-del-rosario-sl |
| Quiron Madrid | Загальна / General | Мадрид / Madrid | Іспанія / Spain | https://www.quironsalud.es/international/en/hospitals/hospital-universitario-quironsalud-madrid |
| Clínica Juaneda | Загальна / General | Пальма де Майорка / Palma de Mallorca | Іспанія / Spain | http://www.juaneda.es/centro/3/clinica-juaneda/ |
| Quiron Teknon | Загальна / General | Барселона / Barcelona | Іспанія / Spain | http://www.teknon.es/ |
| Quiron Barcelona | Загальна / General | Барселона / Barcelona | Іспанія / Spain | https://www.quironsalud.es/international/en/hospitals/hospital-quironsalud-barcelona |
| Quiron Dexeus | Загальна / General | Барселона / Barcelona | Іспанія / Spain | https://www.quironsalud.es/dexeus-barcelona |
| IMED Levante | Загальна / General | Барселона / Barcelona | Іспанія / Spain | |
| American Heart of Poland Medical Center | Кардіологія / Cardiology | Катовіце / Katowice | Польща / Poland | http://www.ahop.pl/en |
| ASAN Medical Center | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. Korea | http://eng.amc.seoul.kr/gb/lang/main.do |
| Severance Hospital | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. Korea | http://www.yuhs.or.kr/en/hospitals/severance/Sev_Intro/Gnr_info/ |
| Samsung Medical Center | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. Korea | https://www.samsunghospital.com/gb/language/english/main/index.do |
| Gangnam Severance | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / | http://www.yuhs.or.kr/en/hospital |

| Назва / Name | Спеціалізація / Expertise | Місто / Location | Країна / Country | Посилання / Link |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------|---|
| Hospital | | | S. korea | s/gangnam/gs_Intro/gs_hospital/ |
| KUIMS Hospital | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. korea | http://www.kuims.or.kr/pclIntro.html |
| International St. Mary's Hospital | Загальна / General | Інчхон / INCHEON METROPOLITAN CITY | Південна Корея / S. korea | http://www.ish.or.kr/eng/healthcare |
| Kyung Hee University Medical Center | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. korea | http://www.khmc.or.kr/eng/ |
| Hanyang University Medical Center | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. korea | https://www.hyumc.com |
| MizMedi Women`s Hospital | Центр охорони жіночого здоров'я / Women healthcare center | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. korea | https://www.mizmedi.com |
| Ilsan Paik Hospital | Загальна / General | Сеул / Seoul | Південна Корея / S. korea | http://www.paik.ac.kr/ilsan/ihc/main/main.asp |
| Andolu Medical center | Загальна / General | Стамбул / Istanbul | Туреччина / Turkey | https://www.anadolumedicalcenter.com/en |
| Lisod | Онкологія / Oncology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | https://www.lissod.com.ua/about/clinic/ |
| Spigenko | Онкологія / Oncology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | https://spizhenko.clinic/ |
| Spigenko | Неврологія / Neurology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | https://spizhenko.clinic/tsentr-nejrohirurgii/ |
| Innovaciya | Онкологія / Oncology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | https://www.innovacia.com.ua |
| Харт Лайф | Кардіологія / Cardiology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | https://hlh.com.ua |
| Добробут | Кардіологія / Cardiology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | https://www.dobrobut.com |
| Міжнародний центр нейрохірургії | Неврологія / Neurology | Київ / Kiev | Україна / Ukraine | http://www.neurosurgery.com.ua |

В окремих випадках за погодженням зі Страховиком медичні послуги згідно з умовами Програми страхування можуть надаватися в іншому медичному закладі, запропонованому Асистуючою компанією (в тому числі на території іншої країни).