



Затверджено Рішенням Правління
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 84/2025 від «11» червня 2025 року

введено в дію наказом
ПрАТ СК «ПЗУ Україна»
№ 87 від «11» червня 2025 року

ОФЕРТА (ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА)

Договору медичного страхування при дорожньо-транспортній пригоді Загальні умови стандартного страхового продукту

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Договору медичного страхування при дорожньо-транспортній пригоді, що містить загальні умови стандартного страхового продукту «Медичне страхування при дорожньо-транспортній пригоді» (далі – Оферта), з початком дії з «18» червня 2025 року, розроблена у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України, а також на підставі Політики з андеррайтингу щодо укладення договорів медичного страхування при ДТП, затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 11.06.2025 р. № 84/2025 та Політики з розроблення та впровадження страхових продуктів у Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «ПЗУ Україна», затвердженої Рішенням Правління ПрАТ СК «ПЗУ Україна» від 18.04.2024 р. № 47/2024.

1.2. Ця Оферта (публічна частина) підписана уповноваженими представниками Страховика із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика <https://pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/oferta-ZUSP-MS-pry-DTP-2025.pdf>, є офіційною публічною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ПЗУ Україна» (далі – Страховик), що адресується невизначеному колу клієнтів – дієздатних фізичних осіб (далі - Страхувальники), укласти зі Страховиком Договір медичного страхування при дорожньо-транспортній пригоді (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання.

1.3. Договір страхування укладається за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Ризик в межах класу страхування - медичне страхування, згідно з Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», іншими нормативно-правовими актами.

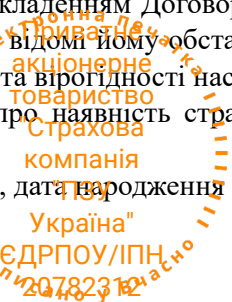
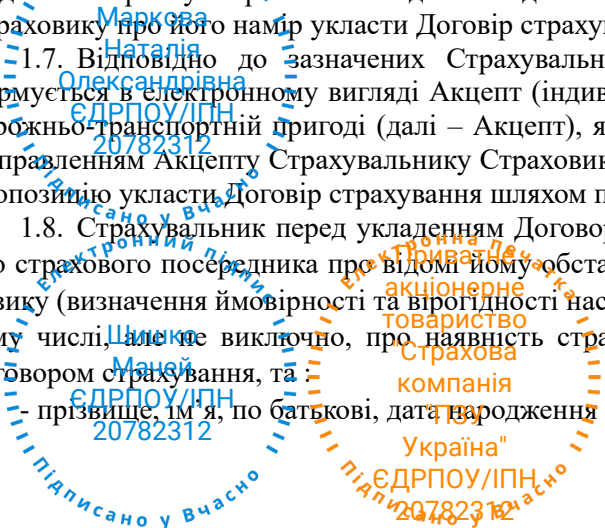
1.4. Страхувальником за цим Договором може бути виключно фізична особа.

1.5. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитися з умовами страхування, інформацією про фінансову послугу, інформацією про Страховика, що розміщені на вебсторінці Страховика в мережі Internet <https://www.pzu.com.ua>.

1.6. Для укладення Договору страхування Страхувальник знайомиться з цією Офертою, обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування, та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

1.7. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Акцепт (індивідуальна частина) Договору медичного страхування при дорожньо-транспортній пригоді (далі – Акцепт), який містить індивідуальні умови Договору страхування. Направленням Акцепту Страхувальнику Страховик вважає себе зобов'язаним, якщо Страхувальник прийме пропозицію укласти Договір страхування шляхом підписання ним Акцепту.

1.8. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), у тому числі, але не виключно, про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за договором страхування, та прізвище, ім'я, по батькові, дату народження Страхувальника та Застрахованої особи;



- інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування, уключаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування);
- інформацію про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;
- наявність станів або захворювання у Страхувальника/Застрахованої особи, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

1.9. Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, має бути повною, достовірною та актуальною на дату укладання Договору страхування.

1.10. Страхувальник підтверджує факт добровільної передачі Страховику/страховому посереднику інформації з обмеженим доступом. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, яка становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб. Страхувальник надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі визначеному законодавством України та на використання Страховиком/страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.

1.11. Договір страхування складається з цієї Оферти, Акцепту та Додатку 1 «Варіант страхування», підписаного Сторонами, що є невід'ємними частинами Договору.

1.12. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених цим Договором страхування.

1.13. Об'єктом страхування є - життя, здоров'я, працездатність Страхувальника/Застрахованої особи, зазначеного (зазначеної) у Договорі страхування.

1.14. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування:

1.14.1. *Асистуюча компанія* – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування.

1.14.2. *Варіант страхування* – це погоджений між Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування (надалі – Договір) перелік послуг певного обсягу, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку та відшкодовується Страховиком.

1.14.3. *Вигодонабувач* – особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування.

1.14.4. *Водій* - особа, яка керує транспортним засобом і має посвідчення водія (тимчасовий дозвіл на право керування транспортним засобом, тимчасовий талон на право керування транспортним засобом) відповідної категорії.

1.14.5. *Договір страхування (або Договір)* – Договір медичного страхування, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до цих Умов.

1.14.6. *Дорожньо-транспортна пригода (далі ДТП)* – подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої загинули або поранені люди чи завдані матеріальні збитки.

1.14.7. *Заклад охорони здоров'я* - це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

1.14.8. *Застрахована особа* – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування.

1.14.9. *Екстрена медична допомога* - медична допомога Застрахованій особі, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя Застрахованої особи у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

1.14.10. *Легковий автомобіль* - автомобіль, який за своєю конструкцією та обладнанням призначений для перевезення пасажирів з кількістю місць для сидіння не більше ніж дев'ять з місцем водія включно.

1.14.11. *Ліміт відшкодування* – встановлений у Договорі страхування граничний розмір виплати страхового відшкодування, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або у відношенні страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися відшкодування.

1.14.12. *Невідкладна стаціонарна/амбулаторна допомога* – медична допомога, яка надається в екстрених випадках Застрахованій особі в умовах стаціонару (за виключенням денного стаціонару) або в амбулаторних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до

серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкої дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи.

1.14.13. **Невідкладна стоматологічна допомога** – необхідна для зняття гострого болю допомога, яка включає огляд стоматолога, анестезію, рентген (при наявності показань), видалення зуба, знеболення, зупинку кровотечі, обробку та ушивання ран м'яких тканин порожнини рота, тимчасову іммобілізацію щелеп при вивихах або переломах зубів.

1.14.14. **Пасажир** - особа, яка користується транспортним засобом і знаходиться в ньому, але не причетна до керування ним. При цьому, пасажир є застрахованим з моменту початку ними посадки в ТЗ, яким Страхувальник керує на законних підставах, до моменту закінчення висадки з нього, якщо інше не передбачене Договором страхування.

1.14.15. **Пішохід** - особа, яка бере участь у дорожньому русі поза транспортними засобами і не виконує на дорозі будь-яку роботу. До пішоходів прирівнюються також особи, які рухаються в кріслах колісних без двигуна, ведуть велосипед, мопед, мотоцикл, везуть санки, візок, дитячу коляску чи крісло колісне.

1.14.16. **Правила дорожнього руху (далі – ПДР)** – Правила дорожнього руху, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 10.10.2001р. № 1306 «Про Правила дорожнього руху».

1.14.17. **Розлад здоров'я** – травматичне ушкодження та/або захворювання, що виникло у Страхувальника/Застрахованої особи внаслідок ДТП або інших подій, відповідно зазначених у Договорі.

1.14.18. **Сторони Договору страхування** – Страховик та Страхувальник.

1.14.19. **Страхова виплата** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування.

1.14.20. **Страхова премія** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

1.14.21. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені обсяги зобов'язань (ліміти зобов'язань) Страховика за окремим страховим випадком, опцією в межах страхового випадку або по групі страхових випадків.

1.14.22. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.

1.14.23. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування.

1.14.24. **Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

1.14.25. **Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

1.14.26. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ПЗУ Україна».

1.14.27. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.14.28. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов Договору страхування.

1.14.29. **Наземний Транспортний засіб (ТЗ)** – пристрій, призначений для перевезення людей та/або вантажу, а також встановленого на ньому спеціального обладнання чи механізмів, які підлягають державній реєстрації та обліку у територіальних органах Міністерства внутрішніх справ України та/або допущені до дорожнього руху, а також ввезені на митну територію України для тимчасового користування, зареєстровані в інших країнах.

1.14.30. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи.

1.14.31. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі страхування, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

2. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

2.1. За Договором на страхування приймаються страхові ризики:

2.1.1. Розлад здоров'я, що стався внаслідок ДТП у Страхувальника/Застрахованої особи, і потребує надання екстреної медичної допомоги.

2.2. **Страховий випадок** – настання події, зазначеної в п.п.2.2.1.1, 2.2.1.2 цієї Оферти, ризик виникнення якої застрахований за Договором, що трапилась в період дії строку страхового покриття за Договором та внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику/ Застрахованій особі (або Вигодонабувачу у разі призначення) або установі, яка організовувала допомогу.

2.2.1. Страховими випадками за цим Договором є:

2.2.1.1. звернення Страхувальника/Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я за невідкладною допомогою у зв'язку з розладом здоров'я, що стався внаслідок ДТП;

2.2.1.2. перебування Страхувальника/Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні в умовах цілодобового стаціонару при невідкладній допомозі у зв'язку з розладом здоров'я, що стався внаслідок ДТП, але не більше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту настання ДТП.

2.3. Допомога за послугою «невідкладна амбулаторна допомога з медикаментозним забезпеченням» надається протягом 24-х годин з моменту настання ДТП.

2.4. Страховик організує та оплачує надання допомоги за страховими випадками у відповідності до обраного Страхувальником Варіанту страхування, який зазначений у п.1.5. Акцепту. Перелік Варіантів страхування наведений в Додатку 1 «Варіант страхування» до Оферти.

3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Застрахованими особами згідно умов цього Договору є:

3.1.1. Страхувальник — у випадках, коли він є водієм транспортного засобу (далі ТЗ), яким він керує на законних підставах, а також коли він є пасажиром будь-якого ТЗ, або пішоходом чи велосипедистом;

3.1.2. Пасажири, легкового ТЗ, яким на законних підставах керує Страхувальник, на час знаходження в такому ТЗ (з моменту посадки в зазначений ТЗ і до моменту висадки з нього) в тому числі діти віком від народження;

3.1.2.1. Діти віком від народження, вважаються застрахованими згідно умов цього Договору на час їх перевезення легковим транспортним засобом, яким Страхувальник керує на законних підставах, за умови їх перебування у спеціальних дитячих утримуючих системах (автокріслах, бустерах тощо), які відповідають віку, вазі та зросту дитини та встановлені згідно з вимогами законодавства України. При цьому діти повинні перебувати у дитячих утримуючих системах у пристебнутому положенні протягом всього часу поїздки.

3.1.3. Кількість Застрахованих осіб не може перевищувати 9 (дев'ять), включно з водієм.

3.2. Страховий захист не діє стосовно:

3.2.1. осіб, що беруть участь у дорожньому русі в рамках здійснення професійної діяльності, зокрема:

3.2.1.1. водіїв та пасажирів транспортних засобів, які використовуються для надання послуг таксі, в прокаті (каршерінгу);

3.2.1.2. водіїв та кур'єрів служб доставки (включаючи мотокур'єрів та велокур'єрів);

3.2.1.3. водіїв та пасажирів автобусів, маршрутних транспортних засобів, які здійснюють перевезення пасажирів на комерційній основі;

3.2.1.4. інструкторів та учнів автошкіл;

3.2.2. осіб інших, ніж Страхувальник, під час їхнього перебування у:

3.2.2.1. транспортному засобі, якщо кількість фактичних посадкових місць (з урахуванням водія) перевищує 9 (дев'ять);

3.2.2.2. транспортних засобах інших типів, окрім легкових;

3.2.3. осіб, в тому числі Страхувальника, під час їхнього перебування у:

3.2.3.1. транспортних засобах добровільних, військових, воєнізованих утворень як державних так і недержавних;

3.2.3.2. транспортних засобах, які приймають участь у тест-драйвах, будь-яких змаганнях;

3.2.3. юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців;

3.2.4. інших учасників дорожнього руху та ДТП (в тому числі але не обмежуючись пасажирів інших транспортних засобів), окрім Страхувальника та пасажирів Страхувальника.

3.3. Договором страхування, не визнаються страховими випадками та не здійснюються страхові виплати у зв'язку із:

3.3.1. розладом здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, що не пов'язаний з ДТП;

3.3.2. керуванням транспортним засобом Страхувальником/Застрахованою особою без відповідного посвідчення водія або відповідної категорії, а також передача управління ТЗ особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, не має посвідчення водія або відповідної категорії (окрім надання екстреної медичної допомоги бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги на місці ДТП);

3.3.3. витратами пов'язаними зі смертю, ритуальними атрибутами та/чи похованням тіла Застрахованої особи у разі смерті Застрахованої особи в результаті ДТП;

3.3.4. експлуатацією Застрахованою особою ТЗ у несправному технічному стані та/або з порушенням умов експлуатації, обслуговування, цільового призначення, які встановлені виробником ТЗ.

3.4. Не визнаються страховими випадками (окрім надання екстреної медичної допомоги – виклик бригади екстреної допомоги) та не здійснюються страхові виплати у зв'язку із:

3.4.1. вживання алкоголю, транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів Застрахованою особою, крім випадків прийому цих речовин внаслідок протиправних дій третіх осіб у вигляді примусу або загрози життю;

3.4.2. умисними діями чи грубою необережністю з боку Страхувальника/Застрахованої особи або Вигодонабувача чи інших осіб, призначених для отримання страхової виплати;

3.4.3. самогубством або спробою самогубства, за винятком тих випадків, коли Страхувальника/Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб, що офіційно підтверджено відповідним документом компетентних органів;

3.4.4. вчиненням Страхувальником/Застрахованою особою навмисного злочину та/або участі у протиправних діях;

3.4.5. навмисним заподіянням Страхувальником/Застрахованою особою своєму здоров'ю шкоди (в тому числі відмовою від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотриманням призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму тощо) чи тілесних пошкоджень;

3.4.6. моральною шкодою, неустойками (штрафи, пені), упущеною вигодою тощо;

3.4.7. пересуванням Застрахованою особою на електросамокаті та інших електричних засобах пересування, таких як гірборди, гіроскутери, скутери, моноколеса та ін;

3.4.8. розладом здоров'я, отриманим в результаті: військових дій, військових або збройних конфліктів та їх наслідків, військових маневрів та інших заходів військового характеру, захоплення, піратських дій, громадянських війн, народних хвилювань, революції, заколотів, повстань, громадянських заворушень або хвилювань, ураження мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни та/або вибуховими пристроями, введенням комендантської години, страйків, локаутів, трудових конфліктів або безладдя, надзвичайних чи особливих чи військових станів, оголошеними органами державної влади у встановленому законодавством порядку, природних лих, радіоактивного, хімічного або бактеріологічного забруднення, дії іонізуючого випромінювання, епідемічних та пандемічних хвороб; терористичного акту, встановлення вибухових пристроїв тощо або дій, яких вжито з метою запобігання, подавлення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, загрожуючого чи усвідомлюваного терористичного акту; обмеження свободи пересування чи затриманням; незаконними діями державних або громадських організацій, а також посадових осіб;

3.4.9. різного роду психічних захворювань/відхилень, розладів нервової системи, розладів поведінки, неврозів і залежності, епілепсії, епілептичних нападів, паралічу та інших судом незалежно від причин, які їх викликали;

3.4.10. порушенням Застрахованою особою перевезення та зберігання вогнебезпечних та вибухових, легко чи самозаймистих речовин або предметів, непристосованим для ТЗ, а також внаслідок порушення правил безпеки;

3.4.11. порушенням Застрахованою особою, яка на момент настання страхового випадку є пішоходом при переході проїзної частини у невстановленому місці або на заборонний сигнал світлофора чи жест регулювальника.

3.5. Страховик не відшкодовує:

3.5.1. витрати на придбання: засобів та пристроїв медичного користування різного характеру і призначення, в тому числі бандажів, корсетів, ортезів (за виключенням випадків лікування переломів та при розривах зв'язок), інвалідних візочків, комірця Шанса, небулайзерів, внутрішньоматкових спіралей; апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), тестів на вагітність; медичного устаткування, обладнання та пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених органів (протезів різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, тощо); окулярів, лінз та розчини і контейнери для них, тренажерів; за винятком милиць;

3.5.2. витрати на психотерапевтичне і психіатричне лікування;

3.5.3. витрати за медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані МОЗ України;

3.5.4. витрати за медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;

3.5.5. витрати за лікування та діагностику, що не відповідають чинним стандартам протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України;

3.5.6. витрати на косметологічні послуги, пластичні операції (крім випадків, коли такі операції є етапом оперативного відновлення функцій, порушених в результаті ДТП);

3.5.7. адміністративний, сервісний збір/благодійні внески закладу охорони здоров'я;

3.5.8. збитки, заподіяні внаслідок професійної помилки лікарів або інших осіб, які надавали допомогу Застрахованій особі;

3.5.9. будь-які витрати за випадками, які сталися до дати початку або після дати закінчення строку дії Договору;

3.5.10. будь-які витрати за випадками, які сталися поза територією дії Договору;

3.5.11. витрати на санаторно-курортне лікування, медичну реабілітацію, відновлювальну та фізіотерапевтичну терапію, оздоровчі заходи;

3.5.12. витрати пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі тощо;

3.5.13. витрати на утримання компаньйонів або членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи;

3.5.14. витрати на трансплантацію органів та/чи тканин незалежно від діагнозу та/чи медичних показань;

3.5.15. витрати на стоматологічну допомогу, яка виходить за межі переліку послуг невідкладної допомоги, безпосередньо пов'язаних з ліквідацією прямих наслідків травми до усунення загрози життю Застрахованої особи.

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Строк дії Договору зазначається в п.1.5. Акцепту.

4.2. Цей Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного в Акцепті, як дата початку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика (відповідно до Акцепту), та припиняється після завершення 24 годин 00 хвилин дня, зазначеного в Акцепті цього Договору, як дата його закінчення.

4.2.1. Після виплати страхового відшкодування, Договір діє до кінця строку, зазначеного в Акцепті, в межах різниці між страховою сумою (лімітом виплати) і розміром виплачених страхових виплат.

4.3. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договором страхування.

4.4. Територія дії Договору зазначається в п.1.5. Акцепту.

4.5. Страхове покриття не поширюється на окуповані території в тому числі території Автономної Республіки Крим, на територію/район воєнних або бойових дій, а також на територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України, територію/зону проведення антитерористичної операції, територію/зону проведення операції об'єднаних сил, зону воєнних або збройних конфліктів, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та населенні пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку).

5. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється Сторонами та оформлюється Додатковою угодою, яка є невід'ємною складовою частиною Договору страхування. Будь-які виправлення та/або закреслення в Договорі вважаються недійсними.

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

- 1) закінчення строку дії Договору;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем у повному обсязі;
- 3) смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
- 4) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 5) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
- 6) сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі (ліміту виплати) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії цього Договору;
- 7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

5.4. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону та Вигодонабувача не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

5.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п.1.8.1. Акцепту, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.6. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

5.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

5.8. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п.1.8.1. Акцепту, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.9. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку) Страховик має право достроково припинити Договір у порядку, передбаченому в п.5.8. цієї Оферти.

5.10. Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії Договору.

5.10.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія сплачувалася у безготівковій формі.

5.11. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

- 1) Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.

5.12. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика заявою у письмовій (електронній) формі та вказує банківські реквізити, на які Страховик має повернути сплачену Страхувальником страхову премію за таким Договором страхування.

5.13. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з п.5.11. цієї Оферти, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

6. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін та зазначається в п.1.6. Акцепту.

6.2. Ліміти відшкодування Страховика визначаються відповідно до обраного Варіанту страхування та зазначаються у п.п.1.6., 1.7. Акцепту.

6.3. Страхова сума (ліміт виплат) - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

6.3.1. Ліміт виплат зменшується на розмір виплачених страхових виплат.

6.4. Договором страхування може бути передбачена власна участь Страхувальника у відшкодуванні витрат - безумовна франшиза, яка передбачає зменшення розміру страхової виплати за кожним страховим випадком на розмір такої франшизи. Страховик звільнений від зобов'язань щодо відшкодування збитків, що не перевищують розміру такої франшизи.

6.5. Розмір франшизи зазначається у п.1.6. Акцепту.

6.6. Страховий тариф та страхова премія визначаються відповідно до обраного Варіанту страхування та зазначаються у п.1.6. Акцепту.

6.7. Сплата страхової премії здійснюється Страхувальником відповідно до визначених в п.1.6. Акцепту умов.

7. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник має право:

7.1.1. до укладання Договору страхування отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору страхування, інформацію про Страховика, страхового посередника (якщо Договір страхування укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України;

7.1.2. у випадку втрати Договору страхування отримати у Страховика дублікат Договору (якщо Договір укладався в паперовій формі) або його копію;

7.1.3. при настанні страхового випадку вимагати здійснення страхової виплати в порядку та на умовах передбачених Договором;

7.1.4. призначити Застрахованих осіб, Вигодонабувача, а також, якщо інше не передбачено Договором страхування, змінити їх до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору;

7.1.5. отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору страхування;

7.1.6. припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому Договором;

7.1.7. вимагати від Страховика дотримання конфіденційності інформації, що становить таємницю страхування;

7.1.8. реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, надати йому іншу інформацію (у тому

числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування;

7.2.2. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі призначення);

7.2.3. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

7.2.4. ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у страховій виплаті);

7.2.5. протягом дії Договору страхування повідомляти Страховика у строки встановлені Договором про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків/шкоди), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;

7.2.6. повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування відносно об'єкта страхування;

7.2.7. при перевезення у транспортному засобі дитини забезпечити її спеціальною дитячою утримуючою системою (автокрісло, бустер тощо), яка відповідає віку, вазі та зросту дитини, та встановлена згідно з вимогами законодавства України. Діти повинні перебувати у дитячих утримуючих системах у пристебнутому положенні протягом всього часу поїздки;

7.2.8. обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника/ Застраховану особу (або Вигодонабувача у разі призначення);

7.2.9. надавати Страховику/Асистуючій компанії повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

7.2.10. у разі зазначення у Договорі страхування Застрахованої особи (та/або Вигодонабувача,) стосовно якої Страхувальник здійснює страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку Застраховану особу (та/або Вигодонабувача) про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така Застрахована особа (Вигодонабувач) протягом 5 (п'яти) календарних днів не повідомить Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь (якщо Договором страхування не передбачено інше).

7.2.11. на вимогу Страховика надати Страховику документи з метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення;

7.2.12. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором та законодавством України.

7.3. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:

7.3.1. повідомити Страховика/Асистуючу компанію про настання випадку, що має ознаки страхового, у порядку та строки, що передбачені даним Договором страхування;

7.3.2. вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

7.3.3. виконувати вказівки Асистуючої компанії та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних послуг, передбачених Договором страхування;

7.3.4. дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку закладу охорони здоров'я, в якому їй надається допомога;

7.3.5. сприяти Страховику або його представнику у розслідуванні причин та обставин випадку, який має ознаки страхового перевірити всі представлені йому документи. Укладанням даного Договору страхування Застрахована особа надає згоду на розголошення зокрема та не виключно лікарської таємниці, адвокатської таємниці та інших видів таємниць такими особами (лікар, адвокат, та ін особи), якщо таким відома інформацію, яка пов'язана із настанням випадку, що має ознаки страхового Страховику або Асистуючій компанії;

7.3.6. надати право вільного доступу лікарів та експертів, що діють від імені Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;

7.3.7. надати Страховику всі необхідні документи для здійснення страхової виплати;

7.3.8. дотримуватись вимог чинного законодавства України у сфері дорожнього руху, у тому числі Правил дорожнього руху України;

7.3.9. перебувати в транспортному засобі з належним чином застібнутими ремнями безпеки;

7.3.10. забезпечити використання ременів безпеки всіма пасажирями, які перебувають у транспортному засобі;

7.3.11. надати документи для проведення його ідентифікації та верифікації, у випадках передбачених законодавством України;

7.3.12. у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо справжності та/або достовірності, а також достатності документів, наданих у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана за направленням Страховика пройти повторні лабораторні та інструментальні дослідження, повторні медичні огляди, які здійснюються лікарями різних спеціальностей, призначеними Страховиком, в лікувальних установах, визначених Страховиком.

7.3.13. виконувати інші обов'язки, встановлені законодавством України.

7.4. Страховик має право:

7.4.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також виконання ним вимог та умов Договору;

7.4.2. з'ясувати причини, обставини і наслідки страхового випадку у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

7.4.3. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором та законодавством України;

7.4.4. достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором страхування;

7.4.5. вимагати від Страхувальника/ Застрахованої особи (або Вигодонабувача) повернення страхової виплати (або відповідної частини) за наявності встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково позбавляють Страхувальника/ Застраховану особу (Вигодонабувача) права отримати таке страхове відшкодування /страхову виплату;

7.4.6. використовувати записи телефонних розмов із Страхувальником/Застрахованою особою (їхніми представниками);

7.4.7. відмовити у страховій виплаті, відстрочити страхову виплату у випадках, передбачених цим Договором або законодавством України;

7.4.8. відкласти прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті або здійсненні страхової виплати, повідомивши про це Страхувальника/Застраховану особу у письмовій формі, у випадку, коли:

7.4.8.1. не повністю з'ясовані обставини випадку або обставини, які підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи або іншої особи на страхову виплату, - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) календарних днів з дати отримання останнього документу від Страхувальника/Застрахованої особи;

7.4.8.2. Страхувальника/Застраховану особу повідомлено про підозру у вчиненні ним/нею злочину, що має безпосереднє відношення до страхового випадку - до закінчення досудового розслідування;

7.4.9. пред'являти позови до особи, яка відповідальна за спричинення ДТП та завдання шкоди Страхувальнику/Застрахованій особі;

7.4.10. у разі сумнівів щодо справжності та/або достовірності, а також достатності документів, наданих у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, Страховик має право направити Застраховану особу на повторні лабораторні та інструментальні дослідження, повторні медичні огляди, які здійснюються лікарями різних спеціальностей. Зазначені дослідження і медичні огляди проводяться лікарями, призначеними Страховиком, в лікувальних установах, визначених Страховиком, і оплачуються Страховиком;

7.4.11. реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

7.5. Страховик зобов'язаний:

7.5.1. до укладення Договору страхування на підставі отриманої інформації від Страхувальника з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні;

7.5.2. перед укладанням Договору надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про Страховика у обсязі, визначеному

законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору страхування або про відмову від укладання Договору страхування;

7.5.3. встановити факт, причини та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування;

7.5.4. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування/ страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору страхування;

7.5.5. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача у строки визначені Договором страхування у п.10.15. цього Договору страхування з обґрунтуванням причин відмови;

7.5.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

7.5.7. здійснювати ідентифікацію та верифікацію Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача, у випадках передбачених законодавством України;

7.5.8. відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання Договору у разі:

7.5.8.1. якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації клієнта, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим або якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що клієнт виступає від власного імені;

7.5.8.2. встановлення клієнту неприйнятно високого ризику або ненадання клієнтом необхідних для здійснення належної перевірки клієнта документів чи відомостей;

7.5.8.3. подання клієнтом чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

7.5.8.4. якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої укладається договір страхування, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за договором страхування є неможливим;

7.5.9. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором та законодавством України.

8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ/ЗБИТКУ

8.1. При наданні послуг Страхувальнику/Застрахованій особі опосередковано через Асистуючу компанію, перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надавав допомогу Застрахованій особі.

8.2. У разі виникнення розладу здоров'я, внаслідок ДТП, страхова виплата здійснюється закладу охорони здоров'я, в якому Страхувальник/Застрахована особа, отримала невідкладну медичну допомогу.

8.3. Страховик здійснює Страхувальнику/Застрахованій особі страхову виплату та/або відшкодування коштів, у разі, якщо Страхувальник/Застрахована особа самостійно сплатила за надання невідкладної медичної допомоги і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією, за умови надання необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір (витрат) збитків, а саме:

- Заяви про страховий випадок (за формою Страховика);
- копії Договору страхування;
- копії паспорту (ID – картки) та копії документу про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП);
- довідки (або її копії) з відповідного компетентного органу, висновки якого для Страховика є необхідним та достатнім доказом факту настання події, що кваліфікується як страховий випадок, та/або з'ясування обставин цієї події, із зазначенням місця, часу, обставин настання події, відомостей про учасників ДТП;
- оригіналу довідки (медичного звіту) з закладу охорони здоров'я (на бланку закладу з відповідним штампом з обов'язковим зазначенням ПІБ Страхувальника/Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування), що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг;
- оригіналів рахунків та документів, які підтверджують оплату здійсненого лікування (штамп про оплату, касовий чек, банківська квитанція з зазначенням суми на переказ коштів тощо);

- рецептів з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви призначених ліків (медикаментів); документи, що підтверджують вартість кожної позиції ліків (медикаментів) разом з документами, що підтверджують їх оплату;

- у разі транспортування Страхувальника/Застрахованої особи за медичними показаннями до закладу охорони здоров'я, додатково до документів, зазначених вище, надаються оригінали документів, що підтверджують оплату послуг спеціалізованого транспорту, який використовував Страхувальник/ Застрахована особа.

8.4. У випадку придбання медикаментів в аптеках додатково до вищезазначених документів (п.8.3.) надається:

- касовий (фіскальний) чек;

- товарний чек з зазначенням: ПІБ Страхувальника/Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи або штампом «сплачено», ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек.

8.5. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірені. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.

8.6. Інші документи, необхідні для прийняття рішення про страхову виплату (за обґрунтованим запитом Страховика).

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

9.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку внаслідок якого виникла необхідність у наданні послуг:

- екстреної медичної допомоги;

- невідкладної стаціонарної допомоги;

- невідкладної амбулаторної допомоги з медикаментозним забезпеченням;

- невідкладної стоматологічної допомоги,

визначається на підставі документів, що встановлюють вартість фактично наданої медичної допомоги, передбаченої Договором страхування. При цьому, розмір страхової виплати не може перевищувати обсягу зобов'язань Страховика, визначених Договором у Додатку 1 «Варіанти страхування» до цього Договору та у п.п.1.6., 1.7. Акцепту, та розміру прямого збитку, заподіяного Страхувальнику/Застрахованій особі.

9.2. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором щодо такої Застрахованої особи.

9.3. В будь-якому разі сума страхових виплат в зв'язку з одним чи декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування.

9.4. У разі якщо внаслідок ДТП відбулася подія, зазначена в п.п.2.2.1.1, 2.2.1.2 цієї Оферти у декількох Застрахованих осіб і страхової суми недостатньо для відшкодування шкоди або надання медичних послуг таким особам у повному обсязі, страхова виплата здійснюється у межах страхової суми та лімітів відповідальності Страховика за видами медичної допомоги, зазначених в п. 1.7. Акцепту, пропорційно до розміру шкоди, заподіяної кожній Застрахованій особі, яка звернулася за страховою виплатою не пізніше 5 (п'яти) календарних днів з дати одержання відповідної медичної послуги, передбаченої Договором .

10. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана **негайно**, до звернення за медичною або іншою допомогою, зв'язатись з Асистуючою компанією за вказаними в п.1.9. Акцепту координатами і повідомити наступну інформацію:

10.1.1. номер Договору страхування;

10.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;

10.1.3. місцезнаходження Застрахованої особи (країна, місто), контактний номер телефону;

10.1.4. докладний опис обставин та характер необхідної допомоги.

10.2. Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та чинність Договору.

10.3. Повідомити Асистуючу компанію про інформацію, згідно з п.10.1. цього Договору, може довірена особа Страхувальника/Застрахованої особи, їх родичі чи співробітник або лікар закладу охорони здоров'я.

10.4. Асистуюча компанія організує та скоординує надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування та, у разі необхідності, скеровує Страхувальника/Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я з якими співпрацює Асистуюча компанія, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистуючої компанії.

10.5. У виключних випадках (екстрена медична допомога), Страхувальник/Застрахована особа може отримати послуги в закладі охорони здоров'я, з яким Асистуюча компанія не має договірних відносин, про що вона повинна при першій нагоді повідомити Асистуючу компанію.

10.6. У випадку відсутності в регіоні, в якому перебуває Страхувальник/Застрахована особа, закладу охорони здоров'я, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Страхувальник/Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги, про що вона попереджає Асистуючу компанію. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватись шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором.

10.7. В разі самостійної оплати медичних послуг Страхувальником/Застрахованою особою з поважних причин, для отримання страхової виплати необхідно надати Страховику пакет належно оформлених документів, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір збитку визначених в розділі 8 цього Договору **не пізніше 5 (п'яти) календарних днів** з дати одержання відповідної послуги.

10.8. Якщо Застрахована особа з поважних причин (важкий стан здоров'я Застрахованої особи) не змогла зв'язатися з Асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених обраним варіантом страхування, вона зобов'язана **протягом 24-х годин** з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити Асистуючу компанію про її настання та узгодити надання та оплату необхідної послуги.

10.9. **Страховик здійснює страхові виплати** в т.ч. шляхом оплати (відшкодування) вартості наданих Застрахованій особі послуг, перелік та обсяг яких передбачений відповідним Варіантом страхування при умові настання страхового випадку та на підставі документів, що підтверджують факти настання страхового випадку, надання відповідних послуг та розмір збитків (витрат).

10.10. Страховик здійснює страхові виплати тільки в межах страхової суми та лімітів відповідальності Страховика відповідно до обраного та зазначеного у Договорі Варіанту страхування.

10.11. Страховик здійснює страхову виплату шляхом:

10.11.1. оплати наданих послуг опосередковано через Асистуючу компанію закладам, що надали допомогу Застрахованій особі в рамках Договору страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги або допомоги, що з нею пов'язана. Документи та строки розрахунків погоджуються Страховиком, Асистуючою компанією та закладом, що надав послуги Застрахованій особі;

10.11.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі, якщо Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги в рамках Договору страхування, і це було попередньо погоджено з Асистуючою компанією/Страховиком або передбачено Договором страхування, за умови надання всіх необхідних документів, що передбачені Договором страхування;

10.11.3. страхової виплати при настанні страхового випадку законним представникам неповнолітньої Застрахованої особи.

10.12. Страхова виплата здійснюється у національній грошовій одиниці України.

10.13. У разі визначення у Договорі страхування декількох Вигодонабувачів страхова виплата розподіляється між ними рівними частинами, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.14. При наявності обґрунтованих сумнівів у повноті та достовірності наданих документів, обставинах та причинах настання страхового випадку Страховик має право продовжити прийняття рішення ще на 30-ти (тридцяти) днів до повного з'ясування цих обставин та причин при умові обов'язкового направлення листа на адресу Страхувальника/Застрахованої особи.

10.15. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** після отримання останнього (необхідного для прийняття рішення) документу.

10.16. Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті.

10.17. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника/ Застраховану особу або Вигодонабувача (у разі призначення).

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

11.1.1. навмисні дії Страхувальника/ Застрахованої особи/ Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

11.1.2. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

11.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

11.1.4. неподання Страхувальником інформації Страховику про значні обставини, що необхідні для оцінки страхового ризику, при укладенні Договору страхування;

11.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем про настання страхового випадку без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

11.1.6. не повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою протягом 24-х годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, в Асистуючу компанію про настання такої події, не маючи на це поважних причин;

11.1.7. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору страхування;

11.1.8. ненадання документів та інформації стосовно страхового випадку, необхідних для прийняття рішення про страхову виплату;

11.1.9. надання Страхувальником неправдивої інформації, документів із завідомо неправдивою інформацією, що стосуються здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи чи наданих їй медичних та інших послуг;

11.1.10. відмова від обстеження Страхувальника/Застрахованої особи довіреним лікарем Страховика після отримання травми або функціонального розладу;

11.1.11. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

11.1.12. одержання Страхувальником/Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;

11.1.13. розлад здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, що не пов'язаний з ДТП;

11.1.14. керування транспортним засобом Страхувальником/Застрахованою особою без відповідного посвідчення або відповідної категорії, а також передача управління ТЗ особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, не має посвідчення водія або відповідної категорії (окрім надання невідкладної медичної допомоги, а саме – виклик бригади та допомога на місці ДТП);

11.1.15. інші підстави, визначені законодавством України.

12. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

12.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати **пені у розмірі 0,01%** суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла за період прострочення.

12.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати **штрафу у розмірі 0,01%** від суми не виконаного або неналежно виконаного зобов'язання.

12.3. Сторони Договору звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало

наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.

12.4. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором, якщо надання послуги поставить Страховика під загрозу застосування будь-яких санкцій, заборон чи обмежень Організації Об'єднаних Націй або торгових чи економічних санкцій, закону і правил Європейського Союзу, Сполученого Королівства та Сполучених Штатів Америки.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Претензії та скарги щодо надання страхових послуг за Договором страхування приймаються Страховиком у письмовому вигляді, шляхом направлення їх на адресу Страховика:

04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62 (в електронному вигляді на адресу електронної пошти for-pzu@pzu.com.ua.

13.2. Спори щодо виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів.

13.3. При неможливості врегулювання спірних питань шляхом переговорів, спір вирішується у судовому порядку згідно з законодавством України.

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Підписанням Договору страхування Страхувальник повідомляє та підтверджує, що:

14.1.1. з умовами Договору він ознайомлений та згодний;

14.1.2. вся інформація, надана ним під час укладання Договору, є актуальною, повною та достовірною;

14.1.3. не існує будь-яких обставин та обмежень, що можуть перешкодити укладенню Договору;

14.1.4. до укладання Договору він отримав інформацію про страховий продукт медичне страхування при дорожньо-транспортній пригоді в тому числі Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Медичне страхування при дорожньо-транспортній пригоді» (<https://pzu.com.ua/admin/upload/2025/doc-product/inform-dok-MS-pry-DTP-2025.pdf>), інформацію про Страховика та іншу інформацію, передбачену ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (<https://www.pzu.com.ua/>).

14.1.5. інтереси Страхувальника були дотримані шляхом виконання вимог статті 86 Закону України «Про страхування»;

14.1.6. отримав інформацію, необхідну для ідентифікації Страховика відповідно до статті 87 Закону України «Про страхування», а також інформацію про процедуру подання скарг та досудового врегулювання спорів;

14.1.7. йому повідомлено інформацію про страхового посередника, передбачену ст. 88 Закону України «Про страхування», якщо Договір укладається за його посередництвом.

14.1.8. до укладання Договору повідомлено інформацію, передбачену частинами 9 та 10 ст. 86 Закону України «Про страхування», якщо страховий продукт пропонується разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору.

14.2. Страхувальник надає Страховику безумовну згоду на обробку його персональних даних, включення їх до бази персональних даних Страховика у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» з метою проведення Страховиком своєї діяльності, відмовляється від письмового повідомлення про включення його персональних даних до бази персональних даних Страховика та про передачу його персональних даних третій особі. Згода на обробку персональних даних надається на строк, необхідний для досягнення мети обробки персональних даних і може бути відкликана за письмовою заявою, направленою Страховику;

14.2.1. Страхувальник обізнаний про свої права у відповідності до статті 8 Закону України «Про захист персональних даних»;

14.2.2. Страховик повідомив йому відомості, визначені частиною другою статті 12 Закону України «Про захист персональних даних»:

Володільцем персональних даних є Страховик.

Страховиком оброблятимуться такі персональні дані: прізвище, ім'я та по батькові; серія та номер паспорта (чи іншого документа, що підтверджує особу суб'єкта персональних даних), ким та коли виданий документ; реєстраційний номер облікової картки платника податків; дата народження; місце проживання та реєстрації; громадянство; стан здоров'я; фотографія (в тому числі цифрове зображення) суб'єкта персональних даних; номери телефонів; адреси електронної пошти (E-mail); інша інформація, необхідна для досягнення мети обробки персональних даних Страховиком.

Обробка персональних даних включає в себе: збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання, аналіз, систематизацію, поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем, тощо. Страховик самостійно визначає процедуру обробки персональних даних.

Персональні дані оброблятимуться з метою ведення діловодства, отримання та використання статистичної інформації (в тому числі використання такої інформації в маркетингових цілях (дослідження ринку, визначення потенційної цільової аудиторії, проведення інших маркетингових досліджень), підготовки адміністративної та іншої інформації з питань здійснення страхової діяльності, реалізації визначених законодавством України прав та обов'язків суб'єктів персональних даних тощо.

Персональні дані передаватимуться асистуючим компаніям та іншим особам з метою здійснення страхової діяльності Страховиком.

14.3. Страхувальник поінформований, що у разі надання неправдивих відомостей під час укладання Договору, він (або Застрахована особа/ Вигодонабувач) буде позбавлений права на отримання страхового відшкодування.

14.4. Страховик, як суб'єкт первинного фінансового моніторингу, має право витребувати, а Страхувальник (представник Страхувальника) зобов'язаний надати Страховику будь-яку інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки Страхувальника (представника Страхувальника) та/або актуалізації даних про Страхувальника (представника Страхувальника), а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

14.5. Вигодонабувач має право з метою отримання страхового відшкодування за своєю власною ініціативою вчиняти будь-які дії, які повинен чи має право вчиняти Страхувальник/ Застрахована особа. При цьому, вчинення таких дій Вигодонабувачем буде породжувати такі ж самі правові наслідки, якби такі дії були вчинені Страхувальником/Застрахованою особою.

14.6. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси (в тому числі адреси електронної пошти) банківських реквізитів тощо, що можуть вплинути на виконання Сторонами своїх обов'язків за Договором:

14.6.1. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами одна одній за Договором страхування, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані/повідомлені телефоном, електронною поштою, у месенджерах (Viber, WhatsApp, Telegram тощо) з наступним направленням повідомлення або оригіналів документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів кур'єром (якщо інше не передбачено Договором для конкретного випадку).

Документи (листи), що направляються Сторонами одна одній вважаються врученими належним чином до моменту обміну оригіналами.

14.6.2. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про зміну адреси місця проживання або свого місцеперебування або електронну адресу протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту настання такого факту. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про зміни, зазначені в цьому пункті, документи Страховика, надіслані на останню відому Страховику адресу Страхувальника або Застрахованої особи/ Вигодонабувача, вважаються врученими належним чином.

14.6.3. Страхувальник згоден з тим, що у разі зміни Страховиком найменування, місцезнаходження, реквізитів, Страховик повідомляє Страхувальника або Застраховану особу/ Вигодонабувача про такі зміни

шляхом оприлюднення відповідної інформації на вебсайті Страховика в мережі Інтернет: <https://www.pzu.com.ua/> , що вважається належним повідомленням.

14.6.4. У разі зміни банківського рахунку для сплати страхових премій (якщо умовами Договору страхування передбачено сплату страхової премії періодичними платежами) Страховик повідомляє про це Страхувальника засобами електронного зв'язку, зазначеними Страхувальником в Акцепті при укладенні Договору страхування та/ або направленням письмового повідомлення на адресу, вказану Страхувальником.

14.7. У випадках, не врегульованих цим Договором, Сторони керуються законодавством України.

15. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

Call center: 311

0 800 503 115 (безкоштовно по всій Україні)

(044) 230 84 97 цілодобова багатоканальна лінія

(044) 581 80 02 цілодобова додаткова лінія для виклику невідкладної допомоги

Email: med@sos-service.com.ua

ПрАТ СК «ПЗУ Україна»

Місцезнаходження: вул. Січових Стрільців, 40, м. Київ, 04053, Україна

Поштова адреса: вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, Україна

тел. (044) 238 62 38, факс: (044) 581 04 55

Код ЄДРПОУ 20782312

www.pzu.com.ua, for-pzu@pzu.com.ua

Голова Правління

Мачей Шишко

Член Правління

Наталія Маркова

Додаток 1 до Оферти (Публічна частина)
Договору медичного страхування при дорожньо-транспортній пригоді

ВАРІАНТИ СТРАХУВАННЯ

Варіант страхування	Захист 100 000		Захист 200 000		Захист 300 000		Захист 400 000		Захист 500 000	
Загальна СС, грн	100 000		200 000		300 000		400 000		500 000	
*Застрахована особа: Водій (В)/ Пасажири (П)	В	П	В	П	В	П	В	П	В	П
В тому числі:										
1. Надання медичної допомоги (МД)										
Загальна страхова сума за послугою МД, грн	80 000		160 000		240 000		320 000		400 000	
Ліміт виплати за послугою МД на один випадок (на всіх осіб), грн	40 000	40 000	80 000	80 000	120 000	120 000	160 000	160 000	200 000	200 000
Назва послуги										
1.1. Екстрена медична допомога	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати
1.2. Невідкладна стаціонарна допомога	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати	в межах ліміту виплати
1.3. Невідкладна амбулаторна допомога з медикаментозним забезпеченням	5 000	-	10 000	-	15 000	-	20 000	-	30 000	-
1.4. Невідкладна стоматологічна допомога	1 000	-	2 000	-	3 000	-	5 000	-	6 000	-
2. Відшкодування витрат за перебування на стаціонарному лікуванні (СЛ)										
Загальна страхова сума за послугою СЛ, грн	20 000		40 000		60 000		80 000		100 000	

* Застрахована особа (ЗО):

Страховальник - Водій (В) - водій, який управляє транспортним засобом, також може бути пасажиром, пішоходом, велосипедистом.

Пасажири (П) - особи, які перебувають у транспортному засобі під час його керування Страховальником.