

**ПРОПОЗИЦІЯ
щодо укладення електронного договору
добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби**

(Публічна частина договору)

Розділ 1

Ця Пропозиція є офіційною публічною офертою Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ВУСО», (код ЄДРПОУ – 31650052, надалі – Страховик), розпорядженням Держфінпослуг рішенням № 1224 від 24.06.2004 року зареєстровано як фінансову установу, свідоцтво про реєстрацію фінансової установи серія СТ № 142, поточний рахунок UA473052990000026509006800764 в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК, ліцензія Нацкомфінпослуг на здійснення добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби серія АЕ №293937 від 31 липня 2014 р., (безстрокова), що адресується невизначеному колу споживачів – дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти), укласти із Страховиком електронний договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі – Договір страхування) шляхом приєднання за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента відповідно до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби №14-01 (нова редакція), зареєстрованих Держфінпослуг 02.10.2007 за №0475053 (надалі – Правила страхування) із дотриманням вимог Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронні довірчі послуги» та «Про електронну комерцію». Правила страхування розміщені на сайті Страховика www.vuso.ua.

**Місцезнаходження Страховика – 03150, м. Київ, вулиця Казимира Малевича, 31.
Страховий посередник – АТ КБ «Приватбанк»**

Контактний телефон Центру Страхування – 3700.

СТРАХУВАЛЬНИК – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, про страхування здоров'я на випадок хвороби якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

ВИГОДОНАБУВАЧ – Страхувальник або Застрахована особа (представник за законом або довіреністю, спадкоємець) Страхувальник за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування може призначити фізичну чи юридичну особу для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання.

1.Терміни та визначення

Електронний договір страхування (Договір страхування) – електронний договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби;

Ідентифікація – встановлення особи на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів під час його звернення до Страховика або його страхового агента з метою укладання договору страхування та/або отримання страхового відшкодування;

Інформаційно-телекомунікаційна система (надалі ІТС)- сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

Ідентифікація Клієнта в ІТС - підтвердження повноважень Клієнта на доступ в ІТС Страховика або його страхового агента шляхом введення імені користувача (логіна) і пароля.

Логін – унікальне зареєстроване ім'я Клієнта в інформаційно-телекомунікаційних системах, що складається з алфавітно-цифрового набору символів та призначене для ідентифікації та подальшої аутентифікації Клієнта в

інформаційно-телекомунікаційних системах Страховика та його страхових агентів. Логіном може бути адреса електронної пошти, номер мобільного телефону Клієнта тощо;

Одноразовий ідентифікатор – алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує особа, яка прийняла пропозицію (оферту) укласти електронний договір шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі суб'єкта електронної комерції, що надав таку пропозицію. Одноразовий ідентифікатор може бути використаний для внесення змін та/або доповнень до електронного договору та його припинення.

Пароль – секретний алфавітно-цифровий набір символів, призначений для можливості входу Клієнта в ІТС.

2. Порядок укладення електронного договору страхування

2.1. Для укладення Договору страхування Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, Правилами страхування, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страхувальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування.

2.2. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика www.vuso.ua. та його страхових агентів, а також в ІТС (тощо) Страховика та його страхових агентів (умови Пропозиції є публічними та загальними для споживачів).

2.3. Підписання Договору страхування Страхувальником здійснюється шляхом прийняття (акцепту) Пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах. Безумовним прийняттям (акцептом) Персональної пропозиції Страховика укласти Договір страхування вважається підписання Страхувальником електронної Заяви про прийняття Персональної пропозиції укласти Договір страхування шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

2.3.1. Підписанням електронної Заяви Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування, приймає умови Пропозиції. Отримання Страховиком або його страховим агентом підписаної Страхувальником Заяви про прийняття Персональної пропозиції засвідчує укладення Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прірівнюється до письмової форми.

2.3.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу на поточний рахунок Страховика. Оператор платіжної системи, яка використана Страхувальником або страховим агентом для оплати страхового платежу, надає Страхувальнику електронний документ (квитанцію), що підтверджує факт перерахування коштів страхового платежу на рахунок Страховика або Страхового агента із зазначенням дати здійснення розрахунку.

Акцепт Пропозиції може бути здійснено Клієнтом із використанням банківських ІТС, що зарекомендували себе на ринку електронних банківських послуг як надійні та захищені (Приват24, Ощад 24/7 та інші).

Після здійснення акцепту Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору страхування (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking). Договір страхування набирає законної сили у відповідності до п.7 Пропозиції. Після набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

Заповнення електронної заяви Клієнтом не зобов'язує його укласти Договір страхування, Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника одноразовим ідентифікатором.

2.4. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс, Пропозиція, Додаток № 1 до Пропозиції «Перелік захворювань та розмір страхових виплат за даними захворюваннями», повний текст яких доступні на сайті

Страховика <https://vuso.ua/kompaniya/otchety-i-licenzii/publichnaja-oferta.html>. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

2.5. Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує та визнає, що: до укладання цього Договору на виконання вимог Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) 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 www.vuso.ua, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Страхувальник акцептуючи Пропозицію підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking).

3. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Полісу Клієнту згідно 14 даної пропозиції.

Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дня набрання чинності Договором страхування шляхом подання Страховику або його страховому агенту, який представляв інтереси Страховика при укладенні Договору страхування електронної заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. Страховик повинен повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного договору страхування протягом 5 (п'яти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна іншій все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають передбачені даним Договором страхування зобов'язання щодо предмету Договору страхування, які вказані в п.4 даної Пропозиції. Також, Страхувальник може відмовитися від укладеного Договору страхування шляхом несплати страхового платежу. В такому випадку Договір страхування не набуває чинності .

4. Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю застрахованої особи.

Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або Вигодонабувачеві (спадкоємцю Застрахованої особи), а Страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови Договору страхування.

5. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» та іншим нормативним актам.

6. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

6.1. Страховими випадками згідно Договору страхування є наступні події, що мали місце під час дії Договору страхування, та підтверджені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними закладами, судом тощо):

Страховий випадок *		Розмір виплати, %**	
6.1.1. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання		100%	
6.1.2. Настання у Застрахованої особи хвороби, передбаченої Додатком №1 «Перелік захворювань та розмір страхових виплат за даними захворюваннями»			
Перелік класів хвороб	Розмір виплати, %**	Перелік класів хвороб	Розмір виплати, %**
Хвороби системи кровообігу	від 8% до 50%	Хвороби кістково-м'язової	від 4% до 40%

		системи та сполучної тканини	
Хвороби крові, кровотворних органів	від 5% до 35%	Хвороби ендокринної системи	від 15% до 40%
Хвороби органів дихання	від 4% до 15%	Хвороби ока та вуха	від 3% до 15%
Хвороби органів травлення	від 5% до 45%	Новоутворення	від 15% до 70%
Хвороби сечостатевої системи	від 5% до 50%	Інфекційні та паразитарні хвороби	від 3% до 40%
Хвороби нервової системи	Від 10% до 15%		

6.2. За Договором страхування встановлюється період очікування страхового випадку – проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (дати поновлення дії Договору страхування після сплати страхового платежу за період страхування), протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Період очікування страхового випадку для кожного захворювання, передбаченого Договором страхування, встановлюється строком в календарних днях відповідно до Додатку №1 «Перелік захворювань та розмір страхових виплат за даними захворюваннями».

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

Примітки до п.6.1. Пропозиції:

* Страховим випадком вважається захворювання / смерть Застрахованої особи, що настала протягом строку дії Договору страхування, але після завершення періоду очікування страхового випадку, передбаченого Додатком №1 до Пропозиції «Перелік захворювань та розмір страхових виплат за даними захворюваннями» (далі – Додаток № 1 до Пропозиції), внаслідок виникнення первинного захворювання або загострення захворювання.

** Розмір виплати у % від Страхової суми за Договором страхування. Повний перелік захворювань та розмір суми виплати зазначений у Додатку № 1 до Пропозиції. Не визнаються страховими подіями розлади здоров'я, у тому числі пов'язані із нещасними випадками, які не зазначені в Додатку № 1 до Пропозиції.

7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п.7 Полісу. При цьому Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою сплати страхового платежу за період страхування на поточний рахунок Страховика. Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення Договору страхування.

7.2. Період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика. Якщо страховий платіж надійшов у діючому періоді страхування, то наступний період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування.

7.3. Дія Договору страхування продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору та аналогічних умовах у разі сплати страхових платежів на наступні періоди страхування, якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити та за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору страхування діє договір доручення із страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей Договір страхування. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір страхування діє до закінчення строку дії Договору страхування, на якій він був укладений за умови сплати страхових платежів, але не продовжується (лонгується) на новий строк дії Договору. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після закінчення строку дії Договору страхування повертаються Страхувальнику на картковий рахунок у АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», з якого страхові платежі були сплачені, а у разі його закриття - на підставі письмової заяви Страхувальника.

8. СТРАХОВА СУМА



8.1. Розмір страхової суми – 50 000,00 грн. або 75 000 грн. або 100 000 грн. Розмір страхової суми обирається на власний розсуд Страхувальником і зазначається у електронній заяві при укладенні Договору страхування. Обраний розмір страхової суми зазначається у п. 8 Полісу.

9. СТРАХОВИЙ ТАРИФ

9.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи та вказується в п. 9 Полісу.

9.2. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф (річний)
від 1 до 30 років (включно)	1,2%
від 31 до 40 років (включно)	1,8%
від 41 до 50 років (включно)	2,4%
від 51 до 60 років (включно)	3,6%
від 61 до 69 років (включно)	4,8%

9.3. Розмір страхового платежу (річний) за Договором страхування визначається шляхом добутку страхової суми (загальна) та страхового тарифу.

9.4. В разі досягнення під час дії Договору Застрахованою особою віку, за яким п. 9.2. Розділу I Пропозиції передбачено більший страховий тариф, ніж за віком на дату укладання Договору, з дати, наступної за датою завершення періоду страхування, в якому відбулося відповідне збільшення віку, страховий тариф збільшується відповідно до п. 9.2 Розділу I Пропозиції. При збільшенні розміру страхового тарифу - пропорційно збільшується розмір страхового платежу за Договором страхування. Страхувальник зобов'язаний укласти новий Договір страхування із застосуванням страхового тарифу, що відповідає поточному віку Застрахованої особи та ініціювати сплату страхового платежу у відповідному розмірі. У разі сплати страхового платежу за період страхування, наступний за датою переходу Застрахованою особою в іншу вікову групу, не в повному розмірі Страховик зменшує страхову виплату за таким випадком пропорційно до отриманого страхового платежу.

10. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (річний) зазначається у п. 10 Полісу.

11. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

11.1. Страхові платежі здійснюються за реквізитами: рахунок №UA473052990000026509006800764 в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 31650052.

11.2. **Спосіб сплати:** річний страховий платіж у розмірі згідно п. 10 Полісу або страховий платіж у розмірі 1/12 річного страхового платежу згідно п. 11.2 Полісу з карткового рахунку Страхувальника.

11.3. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

11.4. Під час сплати страхового платежу в призначені платежу вказується наступне: «Страхова премія за договором № _____ від _____».

11.5. У разі несплати або не повної сплати страхового платежу Договір страхування не набуває чинності (або припиняє свою дію), виплати страхового відшкодування не здійснюються.

11.6. У разі сплати страхового платежу за період страхування Договір страхування поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика, окрім випадків страхові платежі за періоди страхування не надходили протягом 6 (шести) місяців поспіль.

12. МІСЦЕ СТРАХУВАННЯ

12.1. Місце дії Договору страхування – територія України.

12.2. Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території Донецької та Луганської областей, а також Автономну Республіку Крим, на території, які офіційно визнані зонами військових дій (збройних конфліктів), місцевості, де офіційно оголошено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, які визнано зонами відчуження внаслідок аварії на ЧАЕС.

Факт укладення Договору страхування посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору страхування.

13. Поліс направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента. Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (страховим агентом) в електронній базі Страховика (страхового агента).

14. Сторони домовилися, що відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса/повідомлення Страхувальнику про укладення Договору страхування. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

15. Сторони узгодили, що Поліс, який направляється Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації страхового агента згідно п.14 Пропозиції може бути підписано Страховиком із використанням факсимільного відтворення за допомогою засобів механічного, електронного чи іншого копіювання підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори від імені Страховика, а також відбитка печатки Страховика, зразок яких відображено у Пропозиції.

16. Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним Договором страхування за перший період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або його страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації страхового агента.

Розділ 2

1. Права та обов'язки Сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

1.1. Страховик зобов'язаний:

1.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування.

1.2.1. Протягом двох робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

1.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% від належної до сплати суми за кожен день прострочення.

1.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті протягом 5 робочих днів після прийняття рішення.

1.2. Страхувальник зобов'язаний:

1.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених Договором страхування.

1.2.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до пункту 4.4. розділу 2 Пропозиції, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

1.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором страхування.

1.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

1.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором страхування.

1.2.6. Повідомити Застрахованій особі, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом, є обов'язковою умовою Договору страхування.

1.2.7. Для вирішення питання про здійснення страхової виплати надати Страховику документи, зазначені у п.3.3. розділу 2 Пропозиції.

1.2.8. Протягом 5 (п'яти) років з дати виплати страхового відшкодування зберігати оригінали документів згідно п.3.3. розділу 2 Пропозиції для здійснення страхового відшкодування.

1.2.9. Протягом 3 (Трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів подані Страхувальником згідно п.3.3. розділу 2 Пропозиції.

Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

1.2.10. У випадку, передбаченому п. 9.2. Розділу I Пропозиції, Застрахована особа повинна самостійно слідкувати за підставами для збільшення розміру страхового тарифу, та ініціювати збільшення страхового платежу та своєчасну сплату страхового платежу у відповідному розмірі на WEB-сторінці Страхового агента за адресою <https://www.pb.ua> або у персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/> або у ІТС.

1.3. Страховик має право:

1.3.1. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.

1.3.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду).

1.3.3. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування.

1.3.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених п. 4 розділу 2 Пропозиції.

1.3.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставини, зазначених у пункті 4 розділу 2 Пропозиції.

1.3.6. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

1.3.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 3 (три) місяців.

1.3.8. Відкласти здійснення страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та судового розгляду або встановлення не винуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця).

1.4. Страхувальник має право:

1.4.1. Достроково припинити дію Договору страхування.

1.4.2. Укласти зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

1.4.3. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

1.4.4. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування.

1.4.5. Отримати дублікат договору страхування, у випадку його втрати в період дії Договору страхування на підставі письмової заяви про видачу дубліката

2. Порядок зміни і припинення дії Договору страхування

2.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

2.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

2.1.2. виконання Страхувальником зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

2.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки;

2.1.4. смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування;

2.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

2.1.6. 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 (30%), фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за Договором страхування.

2.1.7. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію цього Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30% від страхового тарифу та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за Договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі з вирахуванням фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням витрат на ведення справи у розмірі 30% страхового тарифу та виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором. Страхові платежі за минулі роки страхування не повертаються.

2.2. Зміни та доповнення до Договору страхування можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється додатковою угодою до цього Договору страхування і є його невід'ємною частиною. Порядок внесення змін та доповнень до Договору страхування здійснюється у відповідності до Правил страхування.

2.3. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані із застосуванням електронної пошти та/або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking).

3. Умови здійснення страхових виплат

3.1. У разі настання події, яка підпадає під ознаки страхового випадку, Страхувальник або Застрахована особа, повинні повідомити Страховика про її настання у строк не пізніше двох робочих днів з дня закінчення лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи – Вигодонабувач за Договором страхування — у строк не пізніше двох календарних місяців з дня настання події, повідомити Страховика про її настання.

3.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник або Застрахована особа у строк не пізніше двох робочих днів дня закінчення лікування, а у випадку смерті Застрахованої особи — Вигодонабувач за Договором страхування у строк не пізніше 2 календарних місяців з дня настання події, повинні звернутися до Страховика з заявою про страхову виплату та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку. Сторони погоджуються, що заявою на виплату страхового відшкодування є телефонний дзвінок на номер 3700 або заявка у інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента.

3.3. Для отримання страхової виплати Страхувальник, Застрахована особа чи Вигодонабувач повинні надати Страховику заяву про настання страхового випадку, а також оригінали документів (для засвідчення їх копій): Полісу, довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру, паспорта або документа, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою, відомості про банківські реквізити заявника (якщо заявником є не Страхувальник). Сторони погоджуються, що заява про виплату страхового відшкодування, може заповнюватися і подаватися в електронній формі за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента в порядку, передбаченому чинним законодавством України. Сторони домовились, що заява про виплату страхового відшкодування, складена за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента за формою прирівнюється до письмової, і є підставою для виплати страхового відшкодування відповідно до ст. 25 Закону України «Про страхування». Також надаються документи, що підтверджують настання страхового випадку, а саме:

- у разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п.6.1.1. Розділу 1 Пропозиції:

а) копія свідоцтва про смерть;

б) копія лікарського свідоцтва про смерть;

в) виписка з амбулаторної карти та (у разі стаціонарного лікування), карти стаціонарного хворого (форма 027/о) Застрахованої особи, заповнену відповідно до порядку та завірену належним чином;

г) для спадкоємців – копія свідоцтва про право на спадщину.

- у разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.6.1.2. Розділу 1 Пропозиції:

а) виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого, висновки медичних та лабораторних досліджень, які підтверджують діагнози (у разі їх проведення) ;

б) копія листка непрацездатності Застрахованої особи (на вимогу Страховика).

3.3.1. Документи, які подаються для отримання страхового відшкодування, повинні бути придатними для візуального сприйняття їх змісту, достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та посвідчені належним чином. Всі розділи виписок мають бути заповнені відповідно встановленого порядку. З метою перевірки достовірності поданих документів страховик має право запитувати їх оригінали. Документи, що не відповідають переліченим вимогам можуть не прийматися Страховиком до розгляду.

3.3.2. Страховик має право вимагати та запитувати у Страхувальника, Застрахованої особи чи Вигодонабувача інші документи, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розміри збитків, і до їх отримання - призупинити вирішення питання про виплату (відмову у виплаті) страхового відшкодування.

3.3.3. Документи, передбачені у п. 3.3. розділу 2 Пропозиції , можуть подаватися Страхувальником, Застрахованою особою, (Вигодонабувачем), за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або його страхового агента, або іншим способом (подання особисто, за допомогою засобів поштового зв'язку тощо).

3.4. Страхова виплата здійснюється в розмірі:

- за страховим випадком, передбаченим п.6.1.1. Розділу 1 Пропозиції – 100% страхової суми за добровільним страхуванням здоров'я на випадок хвороби;

- за страховим випадком, передбаченим п.6.1.2. Розділу 1 Пропозиції – у фіксованому відсотку (%) залежно від виду захворювання та згідно з Додатком № 1 до Пропозиції. У разі причинно-наслідкового зв'язку декількох захворювань, відшкодування виплачується по найбільш важкому.

3.5. У випадку сплати річного страхового платежу (частини річного страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Полісом "щомісячно ") в неповному розмірі, Страховик несе відповідальність за Договором страхування пропорційно відношенню фактично сплаченої частини річного страхового платежу (частини річного страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Полісом "щомісячно ")

до нарахованого та визначеного Полісом; у разі настання страхового випадку за Договором страхування, страхова виплата зменшуватиметься пропорційно сплаченій частині річного страхового платежу (частини річного страхового платежу (якщо спосіб оплати платежу встановлений за Полісом "щомісячно ") за Договором страхування.

3.5. Страховик протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання заяви про страхову виплату і документів, передбачених п. 3.3. Розділу 2 Пропозиції, приймає рішення про здійснення або про відмову в здійсненні страхової виплати, яке оформляється Страховим актом.

3.6. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати, вона виплачується Страховиком Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту оформлення страхового акту. Страхове відшкодування виплачується Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на один з його рахунків, відкритих в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», на любий інший, зазначений у заяві на виплату страхового відшкодування. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхове відшкодування виплачується її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

3.7. Сторони погоджуються, що виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком на реквізити банківської платіжної картки, з якої Страхувальником було сплачено страховий платіж, або на інший будь-який рахунок, відкритий в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК».

У разі, якщо отримувачем страхового відшкодування є інша особа, ніж Страхувальник, виплата здійснюється на банківські реквізити отримувача, надані Страховику разом із Заявою на виплату страхового відшкодування.

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

3.9. Договір страхування у відношенні до конкретної Застрахованої особи діє із застосуванням положень пункту 3.8 розділу 2 Пропозиції .

3.10. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення річного страхового платежу "щомісячно", 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 страхування, зазначеного у Полісі. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

4. Причини відмови у страховій виплаті

4.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

4.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

4.1.2. Вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

4.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.

4.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені Договором страхування, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

4.1.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам п. 3.3. розділу 2 Пропозиції.

4.1.6. Повторне звернення Застрахованою особою на протязі року за страховою виплатою за захворюванням, за яким Страховиком в цей же період було здійснено страхову виплату .

4.1.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, не дотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

4.1.8. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеним Страховиком лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження в визначений Страховиком термін.

4.1.9. Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що зазначені в п. 3.3 Розділу 2 Пропозиції;

4.1.10. Інші випадки, передбачені законодавством України.

4.2. Не визнаються страховими випадками :



4.2.1 захворювання та/або смерть внаслідок захворювань:

- 1) які були вперше виявлені у Застрахованої особи до вступу в дію Договору страхування або після його закінчення, їх рецидиви та загострення;
- 2) що виникли внаслідок вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;
- 3) які є наслідком спроби самогубства, навмисного заподіяння Застрахованою собі тілесних ушкоджень або перебування Застрахованої в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 4) які пов'язані з масовими епідеміями;
- 5) що отриманні в результаті військових дій, громадянських безладь, страйків, терористичних актів, впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання;
- 6) що отримані при проведенні заходів політичного характеру, які здійснюються згідно з розпорядженням військової чи громадянської влади та політичних організацій;
- 7) що отриманні внаслідок порушення Застрахованою особою норм та правил безпеки праці, правил дорожнього руху та правил безпеки на залізничному транспорті;
- 8) що виникли внаслідок інфаркту, який стався або гостра фаза якого мала місце в момент укладення Договору.

4.2.2 Також не визнаються страховими випадками:

- 1) вроджені та набуті вади та спадкові хвороби;
- 2) психічні хвороби;
- 3) ожиріння, косметичні чи косметологічні послуги, естетичні оперативні втручання, операції по заміні статі;
- 4) ускладнення вагітності та пологів або штучне переривання вагітності та ускладнення після нього;
- 5) імпотенція, чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності;
- 6) події, що сталися за межами території дії Договору страхування;

4.3. Винятками з переліку страхових випадків є захворювання Застрахованої особи на цукровий діабет (окрім вперше діагностованого), гіпертонічну хворобу, а також наслідки та ускладнення захворювань на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет (такі як кардіоміопатія, ангіопатія, нейропатія, хвороби сітківки та сідинної оболонки ока), стенокардію, ІХС, геморої, бронхіти, гайморити і синусити, ларингіти, фарингіти і трахеїти, риніти, гастрити, дуоденіти, гастродуоденіти, коліти, остеохондроз та його ускладнення, хвороби м'язів, фасцій, сухожилків, межреберна невралгія, кон'юнктивити, ГРІ, ГРЗ, грип, бактеріальні кишкові інфекції, мікози.

4.4. Не можуть бути Застрахованими особи:

- 1) визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;
- 2) які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), злоякісні новоутворення;
- 3) психічно хворі; ВІЛ-інфіковані;
- 4) з інвалідністю I та II групи, діти з інвалідністю;
- 5) особи молодші 1 року та старші 69 років на момент укладання Договору страхування;
- 6) особи, що досягли 70 років в період дії Договору страхування.

4.5. У випадку наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених пп.1 – 4 п. 4.4. розділу 2 Пропозиції, до початку дії Договору страхування, Договір страхування вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи щодо якої існують зазначені обставини. У Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором. За письмовою заявою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі у повному розмірі.



У разі виникнення стосовно Застрахованої особи під час дії Договору страхування обставин, при яких така особа не може бути Застрахованою особою, Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати після втрати чинності Договором страхування не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний за таким період страхування.

5.3 усіх питань, не врегульованих Договором страхування, сторони керуються Законом України "Про страхування" та Правилами страхування.

6. Договір страхування укладено у двох примірниках, що мають рівну юридичну силу, і зберігаються по одному примірнику у Страховика та Страхувальника.

7. Інші умови за згодою Сторін:

7.1. При укладенні Договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами за нижченаведеними зразками:

ЗРАЗОК АНАЛОГУ ВЛАСНОРУЧНОГО ПІДПИСУ СТРАХОВИКА	
ЗРАЗОК ВІДТВОРЕННЯ ВІДБИТКА ПЕЧАТКИ СТРАХОВИКА ТЕХНІЧНИМИ ДРУКУВАЛЬНИМИ ПРИЛАДАМИ	

7.2. Страхувальник, підписуючи даний договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

7.3. Укладаючи Договір страхування, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику згоду на отримання всієї необхідної інформації в рамках розслідування причин, обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку, згоду на отримання персональних/медичних даних (включаючи відомості, що становлять лікарську таємницю).

Пропозиція дійсна з «31» серпня 2021 року та діє до оприлюднення на сайті Страховика повідомлення про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування зазначається у п. 7 Полісу.

**Голова Правління
ПрАТ «СК «VUSO»**



А.В. Артюхов

**ПЕРЕЛІК ЗАХВОРЮВАНЬ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ
ЗА ДАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

№п.п.	Захворювання	Розмір виплати (%)	Період очікування страхового випадку (дні)
I. Хвороби системи кровообігу:			
1	Гострий інфаркт міокарду	50	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	30 днів
3	Гострий перикардит	20	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	30 днів
5	Гострий міокардит	15	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
10	Флеботромбоз	15	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіт (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозку)	40	7 днів
15	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
16	Ревматична хвороба серця	8	90 днів
17	Гостра серцево-легенева недостатність	25	7 днів
18	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	7 днів
19	Аневризма та розшарування аорти	30	90 днів
20	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	20	90 днів
21	Розрив аневризми судин мозку	40	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:			
22	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення脾енектомії)	10	90 днів
23	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	90 днів
24	Постгеморагічна анемія	10	30 днів
25	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	90 днів
III. Хвороби органів дихання:			
26	Гострий тонзіліт	4	30 днів
27	Бронхопневмонія	6	30 днів
28	Емфізема	8	90 днів

29	Пневмонія	8	30 днів
30	Плеврит	10	30 днів
31	Пневмоторакс	10	7 днів
32	Гемоторакс	10	7 днів
33	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	90 днів
34	Абсцес легені та середостіння	15	30 днів
35	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:			
36	Защемлена пахова, стегова кила	10	90 днів
37	Защемлена діафрагмальна кила	15	90 днів
38	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	90 днів
39	Перитоніт (окрім місцевого)	25	7 днів
40	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
41	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
42	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	90 днів
43	Гострий панкреатит	15	30 днів
44	Панкреонекроз	45	7 днів
45	Гостра кишкова непрохідність	25	7 днів
46	Гострий апендицит	15	7 днів
47	Печінкова колька	15	7 днів
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки (ускладнене кровотечею, перфорацією)	10	30 днів
49	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	180 днів
50	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи			
51	Гострі нефрит, піелонефрит гломерулонефрит, гломерулярная хвороба (вперше виявлені)	15	90 днів
52	Сечо-кам'яна хвороба (вперше виявлена)	15	90 днів
53	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	30 днів
54	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	30 днів
55	Гострий уретрит	5	90 днів
56	Гострий цистит	5	30 днів
57	Гостра ниркова недостатність	50	7 днів
58	Гостре запальне захворювання матки	20	90 днів
59	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	90 днів
60	Гострий сальпінгіт та офорит	8	90 днів
61	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	90 днів
62	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	90 днів
63	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	90 днів
VI. Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини:			
64	Ревматизм в активній фазі	10	90 днів
65	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	90 днів
66	Ревматоїдний артрит(за умови проведення оперативного лікування)	20	90 днів

67	Остеоартроз (за умови оперативного лікування та протезування ушкоджених суглобів)	12	90 днів
68	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	90 днів
69	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	90 днів
70	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	90 днів
71	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	90 днів
72	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	90 днів
73	Ішіас (без люмбаго)	10	90 днів
74	Гострий поліартрит	8	90 днів
75	Хвороба Рейтера	15	90 днів
76	Дискогенний радикуліт	4	90 днів
77	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:			
78	Гипотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	90 днів
79	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	90 днів
80	Гострий тиреоїдит	15	90 днів
81	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	90 днів
82	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	30	90 днів
83	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного вперше виявлений)	20	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи			
84	Ураження трійчастого нерву	15	90 днів
85	Ураження лицевого нерву	15	90 днів
86	Ураження інших черепних нервів, зокрема слухового та зорового	10	90 днів
87	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	90 днів
88	Міастенія гравіс	10	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха			
89	Кератити	5	90 днів
90	Іридоцикліти	5	90 днів
91	Склерити, епісклерити	3	90 днів
92	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної)	10	90 днів
93	Глаукома	15	90 днів
94	Виразки роговиці	10	90 днів
95	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	30 днів
96	Хвороби сльозових шляхів	5	30 днів
97	Гострий зовнішній отит	3	30 днів
98	Гострий середній отит	4	30 днів
99	Гострий лабиринтит, хвороба Мен'єра	8	30 днів
X. Новоутворення			
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	90 днів
101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипалої кишки)	50	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка, худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	90 днів

104	Злоякісна меланома шкіри	50	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози:		
	- до 35 років	50	90 днів
	- від 35 років і старше	40	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки:		
	- до 35 років	50	90 днів
	- від 35 років і старше	40	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок:		
	- до 35 років	40	90 днів
	- від 35 років і старше	30	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	25	90 днів
110	Лейкоз	40	90 днів
111	Мієломна хвороба	45	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	15	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини)	5	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:			
117	Холера	15	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	30 днів
119	Сальмонельоз	10	30 днів
120	Ботулізм	15	30 днів
121	Дизентерія (шигельоз, амебіаз)	10	30 днів
122	Туляремія	15	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	30 днів
124	Сибірська виразка	20	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	30 днів
126	Скарлатина	4	30 днів
127	Вітряна віспа	4	30 днів
128	Кір	4	30 днів
129	Краснуха	4	30 днів
130	Оперізуєчий лишай (Herpes zoster)	4	30 днів
131	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	30 днів
132	Вірусні гепатити А, Е	15	30 днів
133	Вірусні гепатити В, С.	25	180 днів
134	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	30 днів
135	Гострий поліомієліт	25	30 днів
136	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	30 днів
137	Менінгіт, арахноїдит	25	30 днів
138	Лептоспіроз	20	30 днів
139	Токсоплазмоз	10	30 днів

140	Лейшманіоз	20	30 днів
141	Інфекційний мононуклеоз	10	30 днів
142	Малярія	15	30 днів
143	Сепсис	30	30 днів

**Голова Правління
ПрАТ «СК «ВУСО»**

А.В. Артюхов

