

## Договору добровільного комплексного страхування: медичного страхування, страхування від нещасних випадків іноземних громадян (осіб без громадянства), які тимчасово проживають на території України та страхування відповідальності перед третіми особами, пов'язаної з видворенням такої особи з території України

### 5. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

5.1. Цей Договір укладений відповідно до Закону України «Про страхування», Правил добровільного страхування від нещасних випадків від 07.05.2009 р. реєстраційний № 0290300, Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від 07.05.2009 р., реєстраційний № 0390315 і Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (іншої, ніж передбачена п.п. 12-14 ст. 6 Закону України «Про страхування») № 151 від 01.07.2019 р., далі разом – Правила, і на підставі ліцензій серії АЕ № 641965, № 641960 і № 641970 від 25.06.2015 р., виданих Нацкомфінпослуг України.

5.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Правил або інформацією, зазначеною у заяві, застосовуються умови, визначені Договором.

5.3. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.

5.4. Сторони Договору не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.

5.5. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані:

5.5.1. Із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи – за добровільним медичним страхуванням (далі – медичне страхування);

5.5.2. Із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи – за добровільним страхуванням від нещасних випадків (далі – страхування від нещасних випадків);

5.5.3. Із обов'язком Страхувальника відшкодувати заподіяну ним шкоду особам, що згідно із вимогами чинного законодавства України відшкодували або понесли витрати, пов'язані з примусовим (адміністративним) видворенням Страхувальника за межі України – за добровільним страхуванням відповідальності (далі – страхування відповідальності).

5.6. При медичному страхуванні та страхуванні від нещасних випадків Страхувальник є Застрахованою особою.

### 6. ПЕРЕЛІК ТА ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

#### 6.1. При медичному страхуванні:

6.1.1. Страхувальними ризиками є розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, загострення хронічного захворювання та (або) нещасного випадку.

6.1.2. Страхувальним випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до медичного закладу (лікувально-профілактичної установи, далі – ЛПУ) відповідно до умов Договору та одержання консультативно-діагностичної та (або) лікувально-оперативної медичної допомоги, що потребує надання передбачених Договором медичних та інших послуг при розладі стану здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком, що стався в період дії Договору, а також отримання інших послуг і товарів медичного призначення на умовах, передбачених Договором.

6.1.3. Додаток до Договору «Перелік медичних установ» (далі - Перелік ЛПУ Страховика) розміщений в публічному доступі на веб-сторінці Страховика за адресою <https://upsk.com.ua/service/corporate/meditsyna>.

6.1.4. Страховик відшкодує вартість лише офіційно наданих платних медичних та інших послуг, згідно з документами, що підтверджують оплату наданих послуг.

6.1.5. При настанні страхового випадку Страховик відшкодує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), наданих Застрахованій особі в ЛПУ, передбачених Договором, у межах страхової суми (лімітів відповідальності), а саме вартість:

6.1.5.1. **Невідкладної медичної допомоги**, яка передбачає:

а) шлодобовий прийом викликів безпосередньо шляхом звернення Застрахованої особи до диспетчерського пункту Медичного асистансу Страховика;

б) виїзд бригади невідкладної медичної допомоги з ЛПУ, найближче розташованої до місця настання страхового випадку або яка зможе найшвидше надати бригаду для виїзду;

в) надання невідкладної медичної допомоги в травмпункті при розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку (вправлення вивихів; накладення гіпсу; ін'єкції (уколи); блокади (знеболення); перев'язки (накладення пов'язок, шин); зупинка кровотечі тощо); г) експрес-діагностику, проведення лабораторних тестів та встановлення попереднього діагнозу;

г) надання невідкладної допомоги за життєвими показниками;

д) забезпечення медикаментами для надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі;

е) лікувальні маніпуляції (ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інша висококваліфікована медична допомога);

є) транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до ЛПУ з переліку Страховика або до чергового (ургентного) відділення ЛПУ, найближчої до місця настання події, для проведення подальшого лікування;

ж) консультативно-організаційне супроводження співробітником Медичного асистансу Страховика (у телефонному режимі).

Страховик відшкодує вартість невідкладної медичної допомоги, наданої ЛПУ державної форми власності, а також ЛПУ з переліку Страховика.

6.1.5.2. **Невідкладної стаціонарної допомоги**, яка передбачає лікування в умовах стаціонару в ЛПУ з переліку Страховика або в черговому (ургентному) відділенні, найближчого до місця настання події, за наявності хвороби та станів, що потребують стаціонарного лікування та зазначені у п. 6.1.6 Договору, включаючи:

а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в т. ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації (як за основним захворюванням, так і за супутнім

захворюванням, що впливає на перебіг основного);

б) діагностичні дослідження (лабораторні та інструментальні) за призначенням лікаря;

в) лікувальні маніпуляції (перев'язки, ін'єкції, блокади та ін.) під час перебування в стаціонарі;

г) консервативне та оперативне лікування, в т. ч. реанімаційні заходи, анестезіологічне забезпечення (наркози);

г) перебування в палатах, стандартних для ЛПУ, в т. ч. у відділенні інтенсивної терапії; використання операційного блоку та післяопераційної палати;

д) харчування, стандартне для ЛПУ;

е) фізіотерапевтичні процедури з метою лікування основного захворювання;

є) транспортування (перевозка у супроводі медичного персоналу) Застрахованої особи в іншу ЛПУ за медичними показаннями згідно з направленням лікуючого лікаря у випадках неможливості надати необхідну медичну допомогу в даній ЛПУ;

ж) консультативно-організаційний супровід співробітником Медичного асистансу Страховика (у телефонному режимі).

Страховик відшкодує вартість невідкладної стаціонарної допомоги, наданої ЛПУ з переліку Страховика або медичним закладом лише державної форми власності у разі відсутності такої послуги в ЛПУ з переліку Страховика.

**6.1.5.3. Забезпечення медикаментами при невідкладному стаціонарному лікуванні.**

6.1.5.4. Страховик відшкодує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), зазначені у пп. 6.1.5.1 – 6.1.5.3 Договору в межах ліміту відповідальності на весь строк дії Договору 50 % страхової суми, зазначеної у п. 1.2 частини 1 Договору при медичному страхуванні

6.1.5.5. **Амбулаторно-поліклінічної допомоги** (в межах ліміту відповідальності на весь строк дії Договору - 40 % страхової суми, зазначеної у п. 1.2 частини 1 Договору при медичному страхуванні, яка передбачає консервативне та оперативне лікування в умовах поліклініки, якщо Застрахована особа знаходиться у невідкладному стані (відповідно до умов, зазначених у п. 14.5 Договору), включаючи:

а) консультації лікарів, в т. ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації в умовах поліклініки;

б) проведення лабораторних досліджень (загальноклінічних та біохімічних) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;

в) проведення інструментальних методів досліджень (функціональних, ендоскопічних, ультразвукових (крім доплерографії), рентгенологічних (крім комп'ютерної та (або) магнітно-резонансної томографії)) за призначенням лікаря в умовах поліклініки;

г) призначення схеми лікування (виписки рецептів на придбання медикаментів, роз'яснення щодо прийому медикаментів, консультування з дотримання режиму та харчування);

г) денний стаціонар;

д) лікувальні маніпуляції (перев'язки, ін'єкції, блокади та ін.);

е) проведення хірургічних операцій в амбулаторно-поліклінічних умовах та інших лікувальних заходів і маніпуляцій;

є) експертизу тимчасової непрацездатності (видачу лікарняних листків за показаннями відповідно до інструкції Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України). Послуга надається при наявності такої послуги в ЛПУ з переліку Страховика;

ж) забезпечення персональною амбулаторною картою;

з) консультативно-організаційне супроводження лікаря Страховика (у телефонному режимі).

Страховик відшкодує вартість амбулаторно-поліклінічної допомоги, наданої в ЛПУ з переліку Страховика за погодженням із Страховиком відповідно до п. 9.1 Договору.

**6.1.5.6. Забезпечення медикаментами при амбулаторно-поліклінічному лікуванні.** (в межах ліміту відповідальності на весь строк дії Договору 10 % страхової суми, зазначеної у п. 1.2 частини 1 Договору при медичному страхуванні, якщо інший ліміт відповідальності не передбачений у п. 1.2 частини 1 Договору).

6.1.6. Перелік захворювань і станів, що потребують надання невідкладної стаціонарної допомоги (ургентної госпіталізації при станах, що загрожують життю та потребують надання невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин):

6.1.6.1. Інфекційні та паразитарні хвороби: дифтерія; менінгококова інфекція; ботулізм; бруцельоз; червоний тиф; геморагічні лихоманки; вірусний гепатит А; легтоспіроз; дизентерія; малярія; гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання; правець; гострий енцефаліт (сипнотифозний, кліщовий весняно-літній, некротичний, геморагічний);

6.1.6.2. Хвороби ендокринної системи: діабет (коматозний стан); хвороби щитовидної залози (гіреотоксичний криз, мікседемаत्मозна кома); хвороби парашитовидної залози (гіпер- та гіпокальціємічні кризи); хвороби наднирникової залози (гостра наднирникова недостатність, феохромоцитомний криз); гіпопитуїтарна кома;

6.1.6.3. Хвороби нервової системи та органів відчуття: гостре порушення мозкового кровообігу; травми нервової системи, які потребують ургентної госпіталізації; коми, напади та інші критичні стани; гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи з вогнищевою симптоматикою (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гострі процеси та травми ока (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги);

6.1.6.4. Хвороби системи кровообігу: гіпотонічна хвороба (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гострий інфаркт міокарду (гострий коронарний синдром, кардіогенний шок); нестабільна стенокардія (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гостре порушення серцевого ритму; гостра серцева недостатність;

набряк легенів; емболія та гострий тромбоз магістральних судин; ускладнений гіпертонічний криз; гострі міокардити, перикардити, ендокардити;

6.1.6.5. Хвороби органів дихання: гострі порушення прохідності верхніх дихальних шляхів (крім випадків, які виникли в результаті суїцидальних спроб); гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); бронхіальна астма (астматичний статус); пневмоторакс;

6.1.6.6. Хвороби та ураження органів травлення: перитоніт; перфорації шлунку та кишок; гострий апендицит, дивертикуліт; защемлена кіла; гостра кишкова непрохідність; гострий холецистит; гострий панкреатит (панкреонекроз); шлунково-кишкова кровотеча; тромбоз мезентеріальних судин; абсцеси черевної порожнини; гостра печінкова недостатність; гострі стани („гострий живіт“), що потребують екстреного оперативного втручання;

6.1.6.7. Хвороби сечостатевої системи: гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); гостра ниркова недостатність; ниркова колика, що не купується; гостра затримка сечі;

6.1.6.8. Гостра акушерсько-гінекологічна патологія: гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання; масивні кровотечі із статевих шляхів;

6.1.6.9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів: гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання;

6.1.6.10. Травми: переломи кісток черепа; переломи хребта та кісток тулуба; переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки; ураження суглобів та м'язів; внутрішньочерепні травми; травми внутрішніх органів; ураження голови, шиї і тулуба; ураження верхньої та нижньої кінцівки; ураження кровоносних судин (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги); опіки, відмороження II – III ступеня; теплові, сонячні удари (стани, що потребують невідкладної медичної допомоги); отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного);

6.1.6.11. Симптоми, ознаки та неточно зазначені стани: кома, ступор, судоми, шок будь-якої етіології, асфіксія, масивна кровотеча та інші гострі стани, що потребують екстреного оперативного втручання.

6.1.7. Страховик організує надання медичної допомоги, медичних та інших послуг у населеному пункті, де розташована ЛПУ з переліку Страховика. Якщо у місці настання страхового випадку відсутня ЛПУ з переліку Страховика, Застрахована особа за погодженням з співробітником Медичного асистансу Страховика (з урахуванням умов п. 9.3 Договору), сплачує ЛПУ вартість медичних та інших послуг за власний рахунок, після чого надає письмово заяву Страховику про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгодженим співробітником медичного асистансу Страховика до відшкодування витрати на медичні та інші послуги, що передбачені Договором та на медикаменти безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок.

6.1.8. Якщо Застрахована особа на час настання страхового випадку відповідно до умов цього Договору знаходиться у зоні бойових дій або в районі проведення антитерористичної операції; операції об'єднаних сил, у зоні припинення застосування зброї калібром більш як 100 мм (в тому числі 15 мм від лінії розмежування); на території населеного пункту, що не перебуває під ефективним контролем органів державної влади України; у районі, в якому запроваджено особливий порядок місцевого самоврядування/будь-який спеціальний режим, на території воєнного або збройного конфлікту; будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням, на інших окупованих територіях; на території населеного пункту, де органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження.

## 6.2. При добровільному страхуванні від нещасних випадків:

6.2.1. Страховим ризиком є нещасний випадок, що стався із Застрахованою особою.

6.2.2. Страховим випадком є подія, що сталася під час дії Договору і не класифікується як виключення або обмеження страхування, а саме смерть (загибель) Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

6.2.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору, визнається страховим випадком протягом 4 (чотирьох) місяців від дня настання нещасного випадку незалежно від дати закінчення дії Договору.

6.2.4. Події, зазначені у п. 6.2.2 Договору, визнаються страховими випадками за умови, якщо вони сталися внаслідок нещасного випадку, який стався у період дії та в (на) місці (території) дії Договору, та підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичними закладами, судом тощо);

6.2.5. Заподіяння шкоди Застрахованій особі вважається страховим випадком, якщо є прямий, безпосередній зв'язок між настанням події (страхового ризику) і заподіянням шкоди Застрахованій особі.

## 6.3. При страхуванні відповідальності:

6.3.1. Страховим випадком є настання відповідальності та обов'язку Страхувальника внаслідок його дії або бездіяльності відшкодувати шкоду, заподіяну третій особі, шляхом понесення такою особою збитків по відшкодуванню або понесенню витрат на примусове (адміністративне) видворення Страхувальника за межі України.

6.3.2. Подія, яка зазначена в п. 6.3.1 Договору, визнається страховим випадком, якщо:

6.3.2.1. Подія сталася під час перебування Страхувальника на території дії Договору на законних підставах;

6.3.2.2. Обставини, що спричинили заподіяння шкоди, сталися протягом строку дії Договору, за умови, що Страхувальник до укладення Договору не знав про обставини, які можуть спричинити настання такої події;

6.3.2.3. Рішення про примусове (адміністративне) видворення Страхувальника за межі України підтверджується рішенням адміністративного суду про примусове видворення Страхувальника, що набрало законної сили протягом строку дії Договору;

6.3.2.4. Вимоги щодо відшкодування витрат на примусове (адміністративне) видворення Страхувальника, заявлені третіми особами щодо події, що відбулась під час дії даного Договору;

6.3.2.5. Факт заподіяння шкоди та (або) завдання збитку є об'єктивним та доведеним;

6.3.2.6. Не підпадає під виключення зі страхових випадків.

6.3.2.7. Видворення Страхувальника за межі України здійснено у примусовому

порядку.

6.3.3. Під потерпілими третіми особами (одержувачами страхового відшкодування) розуміють юридичних осіб, які приймають Страхувальника в Україні, або державу в особі центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері міграції, органів охорони державного кордону України, Служби безпеки України тощо, майновим інтересам яких заподіяно шкоду, у зв'язку із понесенням або відшкодуванням витрат, пов'язаних з примусовим видворенням Страхувальника за межі України.

6.4. Вигодонабувач за цим Договором:

6.4.1. При медичному страхуванні – Застрахована особа з урахуванням умов, зазначених у п. 11.3.1 Договору;

6.4.2. При страхуванні від нещасних випадків: у разі смерті Застрахованої особи – її спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором; у разі втрати нею дієздатності – її опікун; у разі обмеження дієздатності – її піклувальник; у разі тимчасової (стійкої) втрати працездатності (розладу здоров'я) – Застрахована особа;

6.4.3. При страхуванні відповідальності – потерпілі треті особи.

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

6.6. Особа вважається застрахованою за наступними видами добровільного страхування: медичне страхування, страхування від нещасних випадків, страхування відповідальності, якщо у п. 1.2 частини 1 Договору обрані та (або) зазначені відповідні розміри страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів щодо цих видів страхування.

## 7. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

7.1. При медичному страхуванні Страховиком не відшкодовуються витрати на:

7.1.1. Лікування СНІДу та ВІЛ-інфекції; наркоманії, токсикоманії, алкоголізму, в т.ч. станів, захворювання, травм, опіків та отруєння, отриманих внаслідок цих станів;

7.1.2. Лікування захворювань, за яким встановлена група інвалідності (I, II, III), інвалідності з дитинства та їх ускладнення; вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових захворювань;

7.1.3. Лікування професійних захворювань відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України професійної патології (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);

7.1.4. Діагностику та лікування класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностику та лікування захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в т.ч. числі гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, за винятком кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів, якщо вони не є складовою змішаної інфекції); ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус); вірус Епштейн - Барра;

7.1.5. Діагностику та лікування інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (в т.ч. амебіаз, лямбліоз, аскаридоз);

7.1.6. Лікування дерматологічних захворювань: в т.ч. мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний молоск, вітіліго;

7.1.7. Лікування вікових дегенеративно-дистофічних змін і захворювань та їх ускладнення, в т.ч. катаракта, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз; остеохондроз (крім зняття гострого болювого синдрому);

7.1.8. Лікування цукрового діабету, туберкульозу, онкологічних захворювань та їх ускладнень на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги;

7.1.9. Лікування хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги (тривалістю до 14 днів);

7.1.10. Лікування функціональних порушень (в т.ч. синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів (крім стадії вираженого загострення), дисбактеріоз, дисбіоз, бактеріальний вагіноз, диспепсія, функціональний закреп). Діагностику дисбіозу, дисбактеріозу;

7.1.11. Лікування комп'ютерного синдрому, синдрому сухого ока, глаукоми, міопії, косоокості;

7.1.12. Лікування системних захворювань сполучної тканини, в т.ч. ревматизму неактивної фази; демієлінізуючих захворювань; аутоімунних та алергічних хвороб (окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги);

7.1.13. Лікування безпліддя, порушень сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональних станів, мастопатії; аденоми простати, ендометріозу, фіброміому, окрім невідкладних станів; вагітності та пологів (за винятком позаматкової вагітності), звичного не виношування вагітності;

7.1.14. Лікування психічного захворювання, психопатії, неврозів, астено - депресивних станів, синдрому хронічної втоми, епілепсії, порушення мови; вегето-судинної (нейроциркуляторна) дистонії, за винятком кризи;

7.1.15. Лікування хвороб крові (окрім залізодофіцитної анемії 3 ст.) в т.ч. онкогематологічних захворювань;

7.1.16. Лікування хронічних хвороб периферійних судин (в т.ч. варикозної хвороби, облітеруючого ендартериту, облітеруючого атеросклерозу, хвороби Рейно, хронічної венозної недостатності), окрім невідкладних станів;

7.1.17. Лікування особливо небезпечних інфекцій інфекційних хвороб: в т.ч. чуми, холери, натуральної віспи, геморагічної лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів;

7.1.18. Лікування бородавок, папіломи, атероми та доброякісних пухлин (в т.ч. ліпом, поліпів, гемангіом, гіром), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення,

кровотеча, швидкий ріст тощо);

7.1.19. Лікування хронічної ниркової, печінкової та серцевої недостатності (окрім невідкладних станів);

7.1.20. Діагностику та лікування гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс – гепатити, цирозу печінки, гепатозу.

**7.2. При медичному страхуванні у разі настанні страхового випадку Страховиком не відшкодовується вартість таких послуг та медикаментів:**

7.2.1. Профілактичні огляди, диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;

7.2.2. Медикаменти, призначені з метою профілактики, біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики (окрім випадків необхідності їх призначення при антибіотикотерапії), бактеріофаги, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор, та ін.), ферменти загальної дії (вобензим, флогензим та ін.), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні, ноотропні препарати, цитостатики, препарати, що мають хондропротекторну дію, гепатопротектори, БАДи та ін.;

7.2.3. Будь-які послуги за абонементом; відшкодування благодійних внесків;

7.2.4. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;

7.2.5. Медичні довідки: для поліції, носіння зброї, на вступ до навчальних/дитячих закладів, сертифікати нарколога та психіатра тощо; відкриття та закриття лікарняного листку без огляду лікаря, доставка лікарняного листку в офіс, додому; оформлення лікарняного листку по догляду за дитиною;

7.2.6. Медичні маніпуляції на дму (ін'єкції, забір аналізів та інше), окрім випадків для тяжкохворих пацієнтів та пацієнтів з призначенням лікарем суворим ліжковим режимом;

7.2.7. Професійні огляди; освічення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару додому, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади, оплата послуг таксі тощо.

7.2.8. Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в т.ч. гіпноз, психотерапія, консультація та лікування у психолога, психотерапевта; логопеда; іридіодіагностика, біокорекція, мануальна терапія, рефлексотерапія, гірудотерапія; плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмофільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія;

7.2.9. Косметичний, профілактичний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), використання барокамери та лазерних технологій, спелеотерапія;

7.2.10. Витрати на виробі медичного призначення (медичні вироби), крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України);

7.2.11. Витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;

7.2.12. Витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;

7.2.13. Виклик до дому лікарів, в т.ч. професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, лікарів вузькопрофільної спеціалізації або консультації в поліклініці провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук;

7.2.14. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, венектомія тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, діагностичні гістеро- та лапароскопії, окрім невідкладних станів;

7.2.15. Трансплантація органів та тканин; протезування (у т.ч. зубів);

7.2.16. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в лікувально-профілактичних закладах;

7.2.17. Засоби, які корегують функції органів: в т.ч. штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани;

7.2.18. Медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в т.ч. гормональні, ферментні, антигіпертензивні), крім стадії загострення, в період якого відшкодовується вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я відповідно до п. 9.11 Договору;

7.2.19. Штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація, безпліддя, імпотенція, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперплазія ендометрію, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, фонові та переддихлині захворювання шийки матки, гіперпролактинемія, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в т.ч. золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”;

7.2.20. Визначення гормонального стану;

7.2.21. Зміна ваги, діагностика та лікування ожиріння, модифікація тіла, в т.ч. хірургічна зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпідограма, консультація імунолога, гіпосенсибілізуюча терапія при алергозах тощо);

7.2.22. Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в т.ч. апаратне лікування косоокості, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;

**7.2.23.** Стоматологічні послуги та допомога;

7.2.24. Оздоровчі послуги: заняття в тренажерному (спортивному) залі, басейні тощо, косметичні послуги.

**7.3. При медичному страхуванні Страховик не відшкодовує:**

7.3.1. Витрати на послуги в ЛПУ з переліку Страховика не передбачені Договором, отримання деяких послуг в ЛПУ з переліку Страховика, але не призначених для надання цих послуг; витрати на медичні послуги отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг; витрати на медичні та інші послуги, товари (вироби)

медичного призначення, окрім випадків, якщо це передбачено умовами Договору, витрати на медичні та інші послуги, сплачені Застрахованою особою, отримані при порушенні п. 9.3 Договору та у разі порушення строку для звернення за страхового виплатою відповідно до п. 8.2.11 Договору;

7.3.2. Витрати на лікування захворювання, що розпочалося до початку дії Договору, та потребує подальшого лікування;

7.3.3. Витрати на медичні та інші послуги, які призначені протягом строку дії Договору, але отримані після його закінчення або після дострокового припинення дії Договору; ;

7.3.4. Витрати на послуги, надання яких не погоджене зі Страховиком, в ЛПУ як з переліку Страховика, так і поза цим переліком;

7.3.5. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження;

7.3.6. Витрати на послуги (у т.ч. вартість медикаментів), щодо яких Застрахованою особою були надані неправдиві відомості про факт та обставини страхового випадку, за наявності виправлень в документах, що суттєво впливають на прийняття рішення (виправлення дати звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, діагнозу, тощо);

7.3.7. Витрати на послуги (у тому числі вартість медикаментів), у разі відмови Застрахованої особи на вимогу Страховика пройти додаткове медичне обстеження або огляд представниками медичного закладу для підтвердження встановленого їй діагнозу та необхідності отриманих послуг;

7.3.8. Витрати на оплату медичних послуг (у т.ч. вартість медикаментів), що пов'язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі під час укладення Договору, але про які не був повідомлений Застрахованою особою Страховик.

7.3.9. Витрати на оплату медичної допомоги, медичних та інших послуг, отримані Застрахованою особою в ЛПУ, підприємствах, установах, закладах та (або) організаціях, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України.

**7.4. При страхуванні від нещасних випадків до страхових випадків не відносяться та виплати не здійснюються, якщо страховий випадок стався внаслідок:**

7.4.1. Спроби скоєння або скоєння Застрахованою особою дій, щодо яких правоохоронними або іншими компетентними органами встановлений склад злочину;

7.4.2. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:

7.4.2.1. Керувати яким Застрахована особа не мала законних підстав, або за відсутності у неї посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії;

7.4.2.2. У стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керування транспортним засобом;

7.4.3. Перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа заздалегідь знала, що особа, яка керує таким транспортним засобом:

7.4.3.1. Не має законних підстав для керування транспортними засобами, або посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії

7.4.3.2. Перебує в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керувати транспортним засобом;

7.4.4. Події, що сталися в результаті психічного розладу або втрати свідомості Застрахованою особою внаслідок обставин, які викликані сп'янінням, крововиливом в мозок, епілептичним припадком або іншими конвульсіями, що охоплюють все тіло Застрахованої особи;

7.4.5. Вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів або інших речовин, які вживалися з метою сп'яніння, крім випадків, коли вживання Застрахованою особою такої речовини сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

7.4.6. Самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою або іншими особами, які не мають медичної освіти, відповідної кваліфікації та (або) ліцензії (без медичного призначення лікаря);

7.4.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;

7.4.8. Вплив радіоактивного випромінювання, матеріалів ядерної зброї, іонізуючої радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива, чи від будь-яких ядерних відходів від спалення ядерного палива. Лише у межах цього виключення спалення включає будь-який самоплинний процес ядерного поділу;

7.4.9. Навмисного заповідання Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самоубитва, спроби самоубитва або їхніх наслідків, за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, зазначені дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене;

7.4.10. Недотримання правил (норм) техніки безпеки праці або виробничої санітарії, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;

7.4.11. Участі Застрахованої особи у страйках, заколотах, внутрішніх заворушеннях, диверсії, актах тероризму, бойових діях, за виключенням випадків виконання Застрахованою особою своїх прямих посадових обов'язків, випадків примусової або випадкової участі;

7.4.12. Участі Застрахованої особи у громадянській війні чи війні з іншими державами, за виключенням випадків виконання Застрахованою особою своїх прямих посадових обов'язків;

7.4.13. Свідомого перебування Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), а також внаслідок участі у будь-якій іншій діяльності, що несе підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в т.ч. занять полюванням, якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя;

7.4.14. Використання Застрахованою особою транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації, установі) з власною корисною метою та (або) без дозволу адміністрації;

7.4.15. Професійного або непрофесійного заняття спортом Застрахованою особою, участі в будь-яких спортивних змаганнях або тренування (підготовленні) до таких

змагання тощо;

7.4.16. Професійного захворювання;

7.4.17. Будь-якого захворювання, крім захворювання, викликаного страховим випадком;

7.4.18. Події, не обумовленої в Договорі як страховий випадок;

7.4.19. Події, що сталася до початку дії Договору, але була виявлена після початку його дії, а також якщо шкода заподіяна після закінчення строку дії Договору;

7.4.20. Події, що сталася поза зазначеним місцем дії Договору.

**7.5. При страхованні від нещасних випадків** дія страхового захисту не поширюється на події, що трапилися під час перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

**7.6. При страхованні від нещасних випадків** не є страховим випадком:

7.6.1. Смерть Застрахованої особи від захворювань, що не були наслідком нещасного випадку;

7.6.2. Зникнення Застрахованої особи безвісти;

**7.7. При страхованні від нещасних випадків** не визнаються страховими випадками події, що сталися, якщо ці події:

7.7.1. Сталася внаслідок офіційно визнаних випадків епідемії;

7.7.2. Сталася внаслідок дії форс-мажорних обставин у місці дії Договору: стихійних або природних явищ, війни, будь-яких військових дій, оголошеної органами влади надзвичайного стану, революції, громадських заворушень, терористичного акту тощо, за умови, що територія, на якій знаходиться Застрахована особа, була офіційно визнана компетентними державними органами територією військових дій, зоною можливого стихійного лиха, територією карантину тощо (або має такий статус) до набрання чинності Договором;

7.7.3. Сталася внаслідок неправильних медичних маніпуляцій (невідповідного медичного втручання та (або) процедур та (або) дій з боку медичного персоналу).

7.7.4. Прямо або опосередковано пов'язані з венеричними захворюваннями або синдромом набутого іменного дефіциту (СНІД) або спорідненим СНІДу симптомокомплексом незалежно від того, яким чином він був наданий і яким медичним терміном був названий, будь-якими захворюваннями, викликаними ВІЛ-інфекцією;

7.7.5. Пов'язані з вагітністю, пологами, аборт, з видаленням матеріалу, занесеного під час колишніх операцій, з косметичними та пластичними операціями, операціями зі змінення статті, зі стерилізації або з лікування безпліддя.

7.8. За Договором не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

**7.9. На страховання не приймається** особа, яка на момент укладення Договору:

а) є інвалідом I, II, III групи та (або) інвалідом з дитинства;

б) на час укладення Договору страховання перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована);

в) перебуває на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірно-венерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центри профілактики та боротьби зі СНІДом;

г) вживала або вживає наркотичні препарати;

г) хворіє на ревматизм, вади серця, гепатит В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефритом, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсію, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренія та іншими), венеричні захворювання, СНІД, ВІЛ-інфекцію, алкоголізм, захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами.

**7.10. При страхованні відповідальності перед третіми особами:**

7.10.1. Страховик не виплачує страхове відшкодування, якщо шкода третім особам була завдана внаслідок:

7.10.1.1. Обставин, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання настанню страхового випадку;

7.10.1.2. Умисного заподіяння шкоди або навмисних дій будь-яких третіх осіб, спрямованих на виникнення страхового випадку, змови Страхувальника та третьої особи;

7.10.1.3. Протизаконними діями або бездіяльністю державних органів та органів місцевого самоврядування, в тому числі внаслідок видання протизаконних документів та (або) розпоряджень;

7.10.1.4. Події, що сталася поза зазначеним місцем дії Договору страховання;

7.10.1.5. Події, що сталася до дати початку дії Договору страховання або після закінчення строку його дії;

7.10.2. До страхових випадків не відносяться витрати третіх осіб, пов'язані із виїздом Страхувальника за межі України у добровільному порядку.

**7.11. Не вважається страховим випадком подія, що сталася прямо або опосередковано внаслідок:**

7.12. Внаслідок/за наявності:

7.13. Війни. Поняття "війна" охоплює наступне: війна чи військові операції/дії, світова війна (оголошена чи неоголошена), вторгнення, дії зовнішніх ворогів, військовий заколот, бунт, громадські заворушення, громадянська війна, повстання, революція, заколот, захоплення чи узурпація влади військовими, військове положення, період осади, або будь-які інші події чи підстави для оголошення війни, міжнародні збройні конфлікти та збройні конфлікти внутрішнього характеру;

7.14. Дії мін, бомб, снарядів та інших знарядь війни, зброї, військових дій, громадських заворушень, громадянської війни, страйків, вторгнення військ, повстання, вуличних заворушень, локаутів, терористичних актів, терористичної або антитерористичної діяльності, воєнних/збройних конфліктів, дії незаконних збройних формувань,

повалення/захоплення влади або спроби таких дій, мародерства, агресії іншої держави або заходів щодо її подолання, вторгнення військ іншої держави або несанкціонованого перетину кордону військами іншої держави, або будь-яких інших дій за політичними, економічними, соціальними мотивами; примусовим вилученням, конфіскацією, мобілізацією, реквізицією, арештом за розпорядженням існуючого де-юре та де-факто уряду чи будь-якого органу влади або за вимогою представників військової чи цивільної влади.

з) застосування атомної зброї, впливу ядерного вибуху, проникаючої радіації, радіоактивного зараження будь-яким ядерним паливом або відходами в результаті згоряння ядерного палива (у цьому виключенні мається на увазі процес ядерного розпаду, що самопідтримується).

**7.15. За Договором не відшкодовуються** будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

## **8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

### **8.1. Страховик зобов'язаний:**

8.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;

8.1.2. При медичному страхованні при настанні страхового випадку організувати надання медичної допомоги, медичних та інших послуг в ЛПУ з переліку Страховика та інших закладах відповідно до Договору та здійснити страхову виплату ЛПУ, які надавали послуги Застрахованим особам за направленням Страховика, або здійснити страхову виплату Застрахованій особі в обумовлений цим Договором строк на умовах Договору. При цьому медична допомога, медичні та інші послуги надаються відповідно до розкладу (режиму) роботи ЛПУ та графіку прийому лікарів;

8.1.3. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування);

8.1.4. Прийняти рішення про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) або аргументовано відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) документів, що підтверджують факт, обставини, причини настання страхового випадку, розмір завданої внаслідок страхового випадку шкоди (збитку), та інших документів, передбачених Договором;

8.1.5. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені в розмірі 0,01 % від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня;

8.1.6. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, або збільшення ступеня страхового ризику протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної заяви Страхувальника переукласти цей Договір або внести зміни до умов Договору, або припинити його дію;

8.1.7. У разі відмови здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або відстрочення прийняття рішення про її здійснення або відмову у її здійсненні письмово сповістити Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин у строк, передбачений Договором;

8.1.8. При наявності підтверджених фактів передавання Застрахованою особою Договору іншим особам достроково припинити дію цього Договору;

8.1.9. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

8.1.10. Якщо з об'єктивних причин, незалежних від Страховика (у разі ліквідації ЛПУ, зміни переліку послуг, що надаються ЛПУ тощо Застрахована особа не може обслуговуватися в ЛПУ з переліку Страховика, забезпечити отримання послуг в іншому закладі);

### **8.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**

8.2.1. Своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові платежі;

8.2.2. Під час укладення Договору та протягом строку його дії своєчасно письмово надавати інформацію Страховикові (не пізніше 7 (семи) календарних днів з дати, коли Страхувальник дізнався або повинен був дізнатися) про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінення ступеня страхового ризику (в т.ч. такі, які протягом дії Договору змінилися настільки, що, якби вони були відомі під час укладення Договору, Договір взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно відрізнялися б), і надалі інформувати його про будь-які змінення ступеня страхового ризику. За Договором обставинами, що збільшують ступінь страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи, вважаються виникнення та (або) діагностування у Застрахованої особи захворювань (станів), передбачених у пп. 7.1, 7.2, 7.9 Договору.

8.2.3. При укладенні цього Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страховання, укладені щодо предмета Договору і надалі письмово інформувати про всі договори страховання щодо предмету Договору, що укладаються.

8.2.4. На вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику, укласти додатковий договір до Договору про внесення відповідних змін та сплатити додатковий страховий платіж;

8.2.5. Забезпечити належне зберігання оригіналу Договору (поліса, картки – у разі їх видавання), у разі втрати Договору протягом 2 (двох) робочих днів письмово повідомити про це Страховика;

8.2.6. Якщо після здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати (страхового відшкодування), Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику виплачену страхову виплату (страхове відшкодування) протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

8.2.7. Повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, у строк, передбачений п. 9.1 Договору, і діяти згідно з умовами, визначеними у п. 9 Договору;

8.2.8. При зверненні до ЛПУ пред'явити документ, що посвідчує особу (з фотографією) та Договір або картку (поліс) Застрахованої особи у випадку їх видання. У разі відсутності у Застрахованої особи будь-якого з зазначених документів ЛПУ надає послуги тільки за умови телефонного (факсимільного) підтвердження від Страховика про готовність відшкодувати витрати за послуги, що потрібно надати цій особі;

8.2.9. Достовірно інформувати ЛПУ та Страховика про стан свого здоров'я та всі скарги, що виникають;

8.2.10. Виконувати всі рекомендації Страховика або його представника (лікаря, співробітника Медичного асистансу Страховика, координатора Страховика у ЛПУ), в т.ч. щодо вибору ЛПУ, в якому будуть надаватися послуги, а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку, встановленого в ЛПУ, а також усіх чинних нормативно-правових актів галузі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованої особи та не відшкодує витрати за цим страховим випадком, включаючи додаткові витрати, пов'язані з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

8.2.11. Надати Страховику заяву про здійснення страхової виплати Застрахованій особі у разі оплати медичних та інших послуг за власний рахунок та документи, що підтверджують настання страхового випадку та оплату послуг в строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, а у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки зі стаціонару;

8.2.12. Надавати Страховику всю інформацію, яку Страховик вимагатиме стосовно факту та обставин настання страхового випадку та здійснення страхової виплати. Всі медичні документи та результати обстежень, а також інші записи, які можуть мати відношення до страхової виплати, повинні бути доступні для перевірки Страховиком у будь-який момент;

8.2.13. Якщо після прийняття рішення про здійснення страхової виплати (виплату страхового відшкодування) за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати (страхового відшкодування) права на її (його) отримання – повернути Страховику страхову виплату (страхове відшкодування) чи її (його) відповідну частину і відшкодувати витрати Страховика на проведення розслідування та експертизи з метою визначення розміру заподіяної шкоди (частину витрат на експертизу, що відповідає співвідношенню частини страхової виплати, яка підлягає поверненню Страховику, і суми страхової виплати (страхового відшкодування) за цим страховим випадком) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

### 8.3. Страховик має право:

8.3.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання додаткових документів, що мають значення для визначення ступеня ризику, у будь-який момент строку дії Договору;

8.3.2. Робити запити про відомості, пов'язані з настанням події (в т.ч. тієї, яка є лікарською таємницею), яка за умовами Договору може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, медичних установ і організацій, що можуть володіти інформацією про обставини настання події, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин і визначенням розміру завданого збитку;

8.3.3. Брати участь у заходах, спрямованих на запобігання та зменшення заподіяної шкоди, за власною ініціативою і за власні кошти (самостійно або з залученням експертів) з'ясувати причини та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, вимагати від Страхувальника надання інформації, необхідної для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати (страхового відшкодування). Зазначені дії Страховика не є підставою для визнання Страховиком події страховим випадком;

8.3.4. Контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги, медичних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до цього Договору, чинних стандартів, протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених МОЗ України та міжнародних стандартів, протоколів, що базуються на принципах доказової медицини;

8.3.5. У разі змінення обставин, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику, зазначених у п. 8.2.2 Договору, та збільшення ступеня страхового ризику протягом строку дії Договору вимагати від Страхувальника внесення змін до Договору та сплати додаткового страхового платежу. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору та (або) сплати додаткового страхового платежу достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань;

8.3.6. Ініціювати внесення змін і доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором з письмовим повідомленням Страхувальника;

8.3.7. Вимагати від Страхувальника повернення отриманої ним страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (повністю або частково), якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) на підставі умов Договору права на одержання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) (повністю або частково);

8.3.8. Відмовити у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування), якщо для цього виникнуть підстави, передбачені умовами Договору;

8.3.9. Брати участь у судовому процесі при розгляді будь-яких справ, пов'язаних з настанням страхового випадку;

8.3.10. Виключати ЛПУ з переліку Страховика. Виключення ЛПУ (або призупинення надання послуг у такій установі) здійснюється за умови розірвання (призупинення, припинення) дії договору між Страховиком та ЛПУ (в т.ч. аптекою);

– при невиконанні з боку ЛПУ умов договору між Страховиком та ЛПУ;

– при виявленні фактів шахрайства з боку ЛПУ (в т.ч. поліпрагмазії або фактів змови Застрахованої особи та представників ЛПУ);

– у зв'язку з реорганізацією або ліквідацією ЛПУ;

– при значному (на 20 % та більше, порівняно з цінами на момент укладення Договору) збільшенні цін на основні послуги в ЛПУ.

8.3.11. Відкласти прийняття рішення щодо страхової виплати у випадках, передбачених Договором;

8.3.12. До моменту отримання усіх документів із переліку, визначеному у п. 10 Договору, або документів, оформлених з порушенням вимог, зазначених в Договорі, не приймати рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

8.3.13. Відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та провести з'ясування обставин настання події із Застрахованою особою або замовити проведення експертизи з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру виплати збитків, завданих настанням події – у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та сплату послуг та які зазначені в п. 10 Договору, у строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки із стаціонару;

### 8.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.4.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами;

8.4.2. Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, для чого потрібно звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дублікату;

8.4.3. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених цим Договором, за умови письмового повідомлення Страховика;

8.4.4. У разі незгоди з результатами експертизи, проведеної Страховиком, вартість якої була оплачена Страховиком, замовити за власний рахунок проведення повторної експертизи незалежною експертною організацією;

8.4.5. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) або її розмір.

8.4.6. У разі настання страхового випадку отримати медичну допомогу, медичні та інші послуги належної якості та в обсязі, передбачених Договором, або отримати страхову виплату (страхове відшкодування) відповідно до пп. 11.3.2, 11.10, 11.11 Договору.

8.5. За невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

## 9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ

9.1. При медичному страхуванні при розладі здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком, та для отримання медичної допомоги та медичних та інших послуг Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутися до Страховика за номером телефону, передбаченим у частині 1 Договору до диспетчерського пункту Медичного асистансу Страховика або безпосередньо до служби невідкладної медичної допомоги (якщо на момент настання страхового випадку зв'язок із Страховиком був неможливий) – за необхідності надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при гострому захворюванні, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку або загостренні хронічного захворювання, що загрожує життю Застрахованої особи.

Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана повідомити співробітнику (лікаря) Медичного асистансу Страховика прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи, номер Договору, причину звернення (скарги), контактний телефон. Визначення ЛПУ, у якому будуть надані послуги Застрахованій особі, здійснює співробітник Медичного асистансу Страховика.

9.1.1. Якщо страховий випадок стався протягом перших 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня набуття чинності Договором Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутися до ЛПУ самостійно та сплатити медичні та інші послуги за власний рахунок (якщо інше не погоджено зі Страховиком), після чого надати Страховику письмову заяву та інші документи відповідно до п. 10 Договору про відшкодування витрат за сплаченим нею послуги. Страхова виплата у цьому випадку здійснюється на умовах п. 11.3.1.2 Договору.

9.2. Амбулаторно-поліклінічна допомога надається відповідно до розкладу (режиму) роботи ЛПУ та графіку прийому лікарів.

9.3. Якщо Застрахованій особі була необхідна невідкладна медична допомога, а повідомити про це було неможливо до початку її отримання, таке повідомлення повинно бути передане співробітнику Медичного асистансу Страховика відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, яка діятиме від імені Застрахованої особи – її родичами, працівниками ЛПУ або іншими особами. Перевищення зазначеного строку щодо повідомлення Страховика про настання події, яку може бути визнано страховим випадком є неприпустимим у випадку, коли Страхувальник (Застрахована особа) не мав можливості повідомити Страховика з об'єктивних причин (був непритомний, знаходився у стані амнезії тощо), що повинно бути підтверджено відповідним документом ЛПУ.

9.4. Неможливість негайної організації амбулаторно-поліклінічної допомоги Застрахованій особі при зверненні в вечірні години (з 18:00 до 9:00) або в вихідні та (або) святкові дні не є підставою для виклику бригади швидкої допомоги, якщо немає прямих показань для її виклику (згідно з п. 11.7.6 Договору).

9.5. Крім випадків надання невідкладної медичної допомоги, Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати співробітнику (лікаря) Медичного асистансу Страховика або координатору в ЛПУ заяву на обстеження та консультації до лікаря вузькопрофільної спеціалізації не менше ніж за 3 (три) робочі дні до бажаної дати консультації (обстеження). Лікар Страховика організовує планові консультації або

проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до ЛПУ та повідомляє про це Страховальника (Застраховану особу) протягом 2 (двох) робочих днів з моменту звернення до лікаря Страховика або координатора в ЛПУ. У складних важко диференційованих випадках за направленням лікуючого лікаря з основного діагнозу організуються додаткові консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації (якщо результат консультації впливає на тактику лікування основного захворювання). При наявності вираженого загострення супутнього захворювання за направленням лікуючого лікаря організується додаткова консультація лікаря вузькопрофільної спеціалізації (лише за умови, якщо загострення супутнього захворювання впливає на тактику лікування основного захворювання, але не більше однієї додаткової консультації лікаря вузькопрофільної спеціалізації на страховий випадок). Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організуються виключно при невідкладних випадках, при цьому вибір ЛПУ відноситься до компетенції Страховика. За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень у день звернення Страховальника (Застрахованої особи) до Страховика останній може записати Застраховану особу на проведення дослідження без встановлення конкретного часу для звернення.

9.6. При зверненні до ЛПУ Застрахована особа зобов'язана пред'явити документ, що посвідчує її особу (з фотографією) та Договір. У разі відсутності у Застрахованої особи будь-якого з зазначених документів ЛПУ надає послуги тільки за умови телефонного (факсимільного) підтвердження від Страховика про готовність відшкодувати витрати за послуги, що потрібно надати цій особі;

9.7. При призначенні лікарем медикаментозного лікування Застрахована особа отримує у лікаря ЛПУ з переліку Страховика рецепт на бланку Страховика та отримує ліки в ЛПУ з переліку Страховика (аптечних закладів) безоплатно. У разі відсутності рецепта на бланку Страховика та (або) відсутності медикаментів в ЛПУ з переліку Страховика Застрахована особа інформує співробітника Медичного асистансу Страховика та звертається до рекомендованого ним аптечного закладу.

9.8. За необхідності надання невідкладної медичної допомоги медикаменти можуть бути придбані за власні кошти в будь-якому аптечному закладі з подальшим відшкодуванням Страховиком їх вартості за умови документального підтвердження (в т.ч. наявності рецепта лікаря) відповідно до умов Договору страхування.

9.9. Страховик відшкодує вартість призначених лікарем медикаментів при невідкладному стаціонарному та (або) амбулаторно-поліклінічному лікуванні, що зареєстровані як лікарські засоби в Україні та входять до Державного реєстру лікарських засобів, при лікуванні гострого захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.

9.10. Страховик забезпечує (відшкодує) лікування не більше одного загострення кожного хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, в поліклінічних умовах, або одного курсу стаціонарного лікування протягом строку дії Договору.

9.11. При лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах гострих захворювань, загостренні хронічного захворювання та розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку Страховик забезпечує (відшкодує) вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи, але не більше ніж на строк до 14 (чотирнадцяти) днів та у кількості не більше 3 (трьох) препаратів на один страховий випадок.

9.12. Лікар Страховика у випадку виявлення або підозри у Застрахованої особи захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, організуює лікування запальних захворювань сечостатевої організації лише після надання негативних результатів відповідних лабораторних досліджень, проведених після звернення до лікаря з приводу таких захворювань.

9.13. Страховик не здійснює страхову виплату за послуги (у т.ч. вартість медикаментів), призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини, і не здійснює оплату цих послуг ЛПУ та Застрахованій особі. Не відшкодовуються послуги (у т.ч. вартість медикаментів), пов'язані з поліпрагмацією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями.

9.14. При зверненні до ЛПУ з переліку Страховика та отримання медикаментів за рецептом на бланку Страховика Застрахована особа одержує медичні та інші послуги (в т.ч. медикаменти) безоплатно. У такому разі Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі шляхом перерахування на рахунок ЛПУ (медичного та (або) аптечного закладу) вартості медичних та інших послуг (в т.ч. медикаментів), отриманих Застрахованою особою. Страхові виплати здійснюються на підставі документів, наданих ЛПУ.

9.15. Застрахована особа має право звернутися до ЛПУ, що не входить до переліку Страховика за необхідності отримання невідкладної медичної допомоги та (або) невідкладної стаціонарної допомоги, та у випадку неможливості Страховиком організувати необхідну медичну допомогу або медичні та інші послуги в ЛПУ з переліку Страховика, за умови обов'язкового попереднього (до їх отримання) узгодження зі Страховиком. У цьому разі Застрахована особа сплачує медичні та інші послуги за власний рахунок, після чого надає письмову заяву та інші документи відповідно до п. 10 Договору Страховику про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені та гарантовані до відшкодування медичні та інші послуги (в т.ч. медикаменти) безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок.

9.16. При отриманні медичної допомоги, медичних та інших послуг Застрахована особа повинна:

9.16.1. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про наявність цього Договору та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховику;

9.16.2. Забезпечити виконання призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо

запобігання та зменшення розміру шкоди.

9.17. **При страхуванні від нещасних випадків (Вигодонабувач) та страхуванні відповідальності** Страховальник (Застрахована особа) зобов'язаний письмово повідомити Страховика про настання події, яку відповідно до умов Договору може бути визнано страховим випадком, протягом 2 (двох) робочих днів з моменту, коли Страховальникові (Застрахованій особі (Вигодонабувачу) стало відомо про цю подію, за формою, встановлену Страховиком, та протягом строку, погодженого зі Страховиком, надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до п. 10 Договору.

9.18. **При страхуванні відповідальності (якщо Страховальник знаходиться на території України):**

9.18.1. Негайно, у найкоротший строк після отримання, але не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня отримання, надіслати на адресу Страховика копії претензій, листів, ухвал суду та (або) судових повісток, позовів (позовних вимог), повідомлень або будь-яких інших документів, отриманих у зв'язку з видворенням за межі України;

9.18.2. Сприяти Страховику в досудовому урегулюванні та судовому розгляді справи про примусове (адміністративне) видворення, надати йому відповідні повноваження, а також всю необхідну інформацію та можливу допомогу для здійснення захисту;

9.18.3. Систематично у погодженні з Страховиком строки інформувати Страховика про перебіг справи про примусове видворення;

9.18.4. Якщо у нього існує можливість та підстави для відмови у задоволенні майнових претензій або зменшенні розміру позову, повідомити про це Страховика та вжити всіх необхідних заходів для здійснення цієї можливості.

**10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ ТА ОБСТАВИНИ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ (ЗБИТКІВ)**

10.1. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову здійснити виплату та визначення його розміру Страховальник (Вигодонабувач) та або потерпіла третя особа (одержувач страхового відшкодування / страхової виплати) зобов'язані надати Страховику такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України,:

10.1.1. Заяву про страхову виплату (виплату страхового відшкодування) за формою, встановлену Страховиком;

10.1.2. Довідку або його дублікат, що належить Страховальнику;

10.1.3. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати (відшкодування) та підтверджують її право на отримання страхової виплати (страхового відшкодування);

10.1.4. Інші документи, передбачені у пп. 10.2, 10.3, 10.5 Договору, залежно від виду страхування.

10.2. **При медичному страхуванні**, якщо Застрахована особа (одержувач страхової виплати) самостійно оплатила вартість медичної допомоги та (або) медикаментів):

10.2.1. Довідку лікаря ЛПУ (виписку з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до ЛПУ, перелік наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

10.2.2. Фіскальний чек (в разі відсутності в ЛПУ касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), про сплату отриманих медичних та інших послуг;

10.2.3. Рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів додатково надається товарний чек);

10.2.4. У разі придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа додатково надає довідку лікаря, завірену печаткою ЛПУ, про відсутність в ЛПУ відповідних ліків, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування;

10.2.5. У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця (фізичної особи – СПД, суб'єкта господарювання), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а при зверненні в будь-який лікувальний заклад приватної форми власності поза переліком Страховика - також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг, рекомендованих (призначених) Застрахованій особі;

10.2.6. Висновок про наявність та ступінь алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент настання страхового випадку (якщо Застраховану особу було направлено на таке дослідження лікарем або працівниками МВС);

10.2.7. Копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати, та копію довідки державної податкової адміністрації про присвоєння Застрахованій особі ідентифікаційного номера. У разі отримання виплати довіреною особою Застрахованої особи – довіреності, яка видана Застрахованою особою і оформлена нею в установленному порядку, копії довідки державної податкової інспекції про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю.

10.2.8. Інші документи на обгрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати та розрахування розміру страхової виплати або про відмову здійснити виплату.

10.3. **При страхуванні від нещасних випадків:**

10.3.1. Оригінал або нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть;

10.3.2. Лікарське свідоцтво (фельдшерську довідку) про смерть або довідка лікувального закладу про причину смерті;

10.3.3. Матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті, якщо таке розслідування проводилося;

10.3.4. Оригінал документа, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

10.3.5. У всіх випадках, коли в розслідуванні обставин, що спричинили завдання збитку, брали участь органи МВС, прокуратури й інші правоохоронні органи: копію заяви або повідомлення Страхувальника про кримінальне правопорушення до органу державної влади, уповноваженого розпочати досудове розслідування; документ, що підтверджує прийняття та реєстрацію органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, заяви або повідомлення Страхувальника про кримінальне правопорушення; документ, що підтверджує внесення органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, відомостей про кримінальне правопорушення до Єдиного реєстру досудових розслідувань за ознаками відповідного злочину, передбаченого законом України про кримінальну відповідальність, із зазначенням попередньої правової кваліфікації кримінального правопорушення (наприклад, повідомлення про початок досудового розслідування тощо); копію постанови слідчого чи прокурора або ухвали суду про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування або рішення (вироку) суду у разі їх наявності.

10.3.6. Інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру заподіяної шкоди, а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхової виплати.

10.4. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:

10.4.1. Документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;

10.4.2. Довідки, талони, накладні, консультативні висновки, акти виконаних робіт, калькуляції витрат, товарні чеки аптечних закладів та ін. без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати отриманих медичних та інших послуг або медикаментів;

10.4.3. Квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;

10.4.4. Товарні чеки від фізичних осіб - підприємців (СПД, ПП) без номера, підпису або печатки фізичної особи- підприємця;

10.4.5. Замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури ЛПУ без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;

10.4.6. Копії фінансових документів;

**10.5. При страхованні відповідальності:**

10.5.1. Контракт з навчальним закладом про перебування Страхувальника в Україні з метою навчання;

10.5.2. Судове рішення (постанова) адміністративного суду щодо примусового (адміністративного) видворення Страхувальника, що набуло законної сили;

10.5.3. Кошторис витрат, складений державними органами (органами внутрішніх справ, органами охорони державного кордону тощо), за встановленого чинним законодавством формою;

10.5.4. Рахунки та інші розрахункові документи, що підтверджують відшкодування витрат по видворенню;

10.6. Інші документи на обґрунтований запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру заподіяної шкоди (збитку), а також майнового інтересу особи, яка є одержувачем страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

10.7. Зазначені у пп. 10.1- 10.5 Договору документи або визначені Страховиком залежно від характеру шкоди надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звернення копій цих документів з їх оригіналами.

10.8. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування), надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати (виплати страхового відшкодування) або відмову її здійснити приймається після отримання документів, оформлених у належній формі та наданих у необхідному обсязі. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє в письмовій формі одержувача страхової виплати (виплати страхового відшкодування) протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

10.9. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за письмовою згодою Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір шкоди і які повинні бути надані Страховикові.

**11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)**

11.1. Страховик здійснює страхову виплату (виплату страхового відшкодування) згідно з умовами Договору на підставі письмової заяви Страхувальника або іншої особи, яка має право на одержання страхової виплати (виплати страхового відшкодування), про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) та страхового акта, який складає Страховик або уповноважена ним особа у формі, визначеній Страховиком.

11.2. З метою прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) Застрахована особа (одержувач страхової виплати/ страхового відшкодування) повинна надати Страховикові документи, передбачені п. 10 Договору.

**11.3. При медичному страхованні:**

11.3.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичної допомоги та медичних й інших послуг (в т.ч. медикаментів) у межах страхової суми або лімітів відповідальності Страховика відповідно до умов Договору. Страхові виплати можуть бути здійснені:

11.3.1.1. Лікувально-профілактичній установі, яка надала Застрахованій особі медичні та інші послуги (в т.ч. медикаменти), або

11.3.1.2. Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), якщо вона самостійно оплатила вартість медичної допомоги та (або) медикаментів;

11.3.2. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість одержаних медичних та інших послуг (в т.ч. придбала медикаменти), Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати та передбачені у п. 10 Договору.

11.4. **При медичному страхованні та страхованні від нещасних випадків** протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати відповідно до п. 10 Договору, Страховик:

11.4.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення Страховиком страхового акта за визначеною Страховиком формою і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок одержувача страхової виплати.

11.4.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

11.4.3. Приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати згідно з п. 11.6 Договору та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття;

11.5. **При медичному страхованні та страхованні від нещасних випадків** у разі виникнення спорів між Сторонами (Вигодонабувачем) щодо причин і розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає проведення такої експертизи. У разі визнання події страховим випадком Страхувальникові відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

11.6. **При медичному страхованні та страхованні від нещасних випадків** Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:

11.6.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 10 Договору;

11.6.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір страхової виплати. У такому випадку Страховик має право призначити розслідування або експертизу, виконувану незалежним фахівцем (експертом), який має відповідно до законодавства України належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру страхової виплати. При цьому Страховик складає страховий акт не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до п. 10 Договору;

11.6.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду;

11.7. **При медичному страхованні** Страхувальник зобов'язаний відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості послуг ЛПУ, наданих внаслідок:

11.7.1. Передавання Застрахованою особою Договору або картки (поліса) Застрахованої особи третій особі для отримання останньою медичної допомоги, медичних та інших послуг, передбачених умовами Договору;

11.7.2. Отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та інших послуг, не передбачених умовами Договору, а також наданих на підприємствах, установах, закладах та (або) організаціях, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;

11.7.3. Ускладнення захворювання внаслідок порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

11.7.4. Отримання медичних та інших послуг за зверненням до ЛПУ в стані або внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

11.7.5. Шахрайства, змови або інших навмисних, протиправних дій, спрямованих на отримання незаконної вигоди від страхування (в т.ч. симуляція хвороби, агравація (перебільшення важкості симптомів наявного захворювання або хворобливості стану)) або спрямованих на настання страхового випадку;

11.7.6. Виникнення захворювань та отримання травм внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав, особистою участю у військових діях, народних заворушеннях, страйках) та заняттям небезпечними видами спорту (дайвінгом, альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, полюванням, мото- та автоспортом тощо),

11.7.7. Виникнення захворювань та отримання травм у стані алкогольного чи

наркотичного сп'яніння, при спробі самогубства;

11.7.8. Виникнення захворювань та отримання травм внаслідок форс-мажорних обставин, військових та соціальних конфліктів, техногенних катастроф, аварій, стихійних лих;

11.7.9. Необґрунтованого виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту): для обслуговування незастрахованої особи, не в медичних цілях, виклик здійснено Застрахованої особи, яка знаходиться в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або абстинентного синдрому; при виклику Застрахована особа відсутня за зазначеною адресою або відмовляється від огляду, виклик (невідкладної) медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання невідкладної медичної допомоги (з метою надання планових медичних маніпуляцій тощо), виклик здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від клініки, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома, несприятливі кліматичні (погодні) умови тощо). Під абстинентним синдромом розуміється синдром фізичних та (або) психічних розладів, що розвивається у наркоманів та алкоголіків після припинення вживання наркотиків та алкоголю або зменшення їх дози;

11.7.10. Отримання послуг, вартість яких перевищує ліміт відповідальності Страховика та (або) страхову суму;

11.7.11. У разі відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЛПУ та (або) Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації;

11.7.12. Отримання страхової виплати на умовах п. 11.3.1.1 Договору в разі надання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт сплати послуг за власний рахунок;

11.8. Витрати Страховика, зазначені в п. 11.7 цього Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою або Страхувальником протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання Страхувальником відповідної мотивованої вимоги Страховика шляхом внесення необхідних коштів у касу або на поточний рахунок Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію Договору згідно з умовами п. 13.15 Договору щодо такої Застрахованої особи з дня, наступного за останнім днем строку відшкодування зазначених витрат;

11.9. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпоряджень) ЛПУ, медичних приписів, лікувально-організаційного режиму, ЛПУ вправі відмовити Застрахованій особі в наданні послуг з наступним повідомленням про це Страховика. При наявності офіційного письмового повідомлення з боку ЛПУ про таке порушення Страховик має право в односторонньому порядку припинити дію Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи на умовах п. 13.15 Договору.

#### **11.10. При страхуванні від нещасних випадків:**

11.10.1. У разі настання страхового випадку розмір страхової виплати становить 100 % страхової суми, заставленої за добровільним страхуванням від нещасних випадків;

#### **11.11. При страхуванні відповідальності:**

11.11.1. Страхове відшкодування підлягає виплаті після повного встановлення обставин, причин і розмірів заподіяної шкоди, що завдана внаслідок настання страхового випадку.

11.11.2. Страховик виплачує страхове відшкодування у розмірі прямого (реального) збитку, за вирахуванням:

11.11.2.1. Розміру безумовної франшизи, обумовленої Договором;

11.11.2.2. Сум, сплачених Страхувальником та (або) третіми особами, що не є потерпілими третіми особами, згідно п. 6.3.3 Договору, по відшкодуванню витрат, пов'язаних із примусовим (адміністративним) видворенням Страхувальника, до моменту здійснення виплати страхового відшкодування, в тому числі зарахування виявленої у Страхувальника під час затримання, готівки;

11.11.2.3. Розміру збитків, відшкодованих одержувачу страхового відшкодування іншими страховиками у зв'язку з цим страховим випадком;

11.11.2.4. Розміру збитків, відшкодованих одержувачу страхового відшкодування Страхувальником.

11.11.3. Розмір шкоди або збитку, заподіяних Страхувальником потерпілій третій особі, визначається у розмірі фактично здійснених витрат, пов'язаних з примусовим (адміністративним) видворенням Страхувальника згідно з кошторисом витрат та підтверджуючими документами, та включає: вартість проїзних документів для Страхувальника, вартість утримання Страхувальника в пункті тимчасового перебування іноземців та осіб без громадянства, які незаконно перебувають в Україні, вартість послуг з оформлення документів та вчинення інших дій, пов'язаних з примусовим видворенням.

11.11.4. Виплата страхового відшкодування здійснюється потерпілій третій особі, яка відповідно до чинного законодавства України має право на отримання страхового відшкодування.

11.11.5. Страховик з метою прийняття рішення про здійснення виплати або відмову у здійсненні виплати страхового відшкодування робить запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих Страхувальником, потерпілою третьою особою у разі подання ними необхідних документів, відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір завданого збитку;

11.11.6. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком документів, передбачених п. 10 Договору, та відповіді на запити Страховика до підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку (зазначений строк рахується від дня одержання Страховиком останнього документа з переліку, передбаченого даним Договором, або останньої відповіді підприємств, установ та організацій на запит), які необхідні для підтвердження факту, причин, обставин і наслідків настання страхового випадку та визначення розміру збитків, Страховик:

11.11.6.1. Приймає рішення про здійснення страхового відшкодування та складає

страховий акт. Виплата страхового відшкодування здійснюється впродовж 5 (п'яти) робочих днів з дня складення страхового акта;

11.11.6.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову здійснити виплату та протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причини.

11.11.7. Якщо Страховик виплачує страхове відшкодування в результаті настання одного страхового випадку декільком потерпілим третім особам, загальний розмір страхового відшкодування не може перевищувати передбачений Договором розмір страхової суми.

11.11.8. Після настання страхового випадку та у разі виплати Страховиком страхового відшкодування дія Договору припиняється з моменту настання цього страхового випадку.

11.12. Загальний розмір виплат (сума страхових відшкодувань) при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати відповідну страхову суму, обумовлену Договором.

**11.13.** При медичному страхуванні та від нещасних випадків у разі здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору дорівнює відповідній страховій сумі) зменшується на розмір здійсненої виплати.

#### **12. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)**

12.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати (виплати страхового відшкодування) є:

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

12.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або особою, на користь якої укладений Договір, умисного злочину, що призвело до настання страхового випадку;

12.1.3. Надання Страхувальником (особою, яка має право на отримання страхової виплати (виплати страхового відшкодування) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

12.1.4. Неповідомлення Страховика про змінення обставин, що мають істотне значення для оцінювання ступеня страхового ризику;

12.1.5. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика без поважних причин про настання події, що має ознаки страхового випадку, у передбачений Договором строк, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

12.1.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань згідно з пп. 8.2 і 9 Договору;

12.1.7. Настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з п. 7 Договору;

12.1.8. Самостійне відшкодування витрат на видворення Страхувальником у випадку наявності у нього власних коштів та (або) майна, за рахунок якого можливе відшкодування витрат на видворення;

12.1.9. Інші випадки, передбачені законом.

#### **13. МІСЦЕ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ СТРОКУ ДІЇ ДОГОВОРУ**

13.1. Страховий захист за Договором діє 24 (двадцять чотири) години на добу протягом строку дії Договору.

13.2. Місце (територія) дії Договору – Україна, з урахуванням зазначеного у п. 13.3 Договору.

13.3. Договір не діє: у зоні бойових дій та районі проведення антитерористичної операції, операції об'єднаних сил; у зоні припинення застосування зброї калібром більш як 100 мм (в тому числі, 15 км від лінії розмежування); на території населеного пункту, що не перебуває під ефективним контролем органів державної влади України або району, в якому запроваджено особливий порядок місцевого самоврядування; на території воєнного або збройного конфлікту або будь-якої місцевості, що підконтрольна терористам, незаконним збройним формуванням тощо, на інших окупованих територіях; на території населеного пункту, де органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження.

13.4. Договір набирає чинності та страховий захист за Договором починає діяти з 00 год. 00 хв. дати початку першого періоду страхування, зазначеної у п. 2.1 Частини 1 Договору, за умови сплати Страховику (в т.ч. особі, уповноваженій Страховиком приймати страхові платежі) та зарахування на поточний рахунок Страховика, страхового платежу у повному розмірі згідно з п. 2.2 Частини 1 Договору, та в строк, зазначений у п. 2.3 Частини 1 Договору, та діє до 24 год. 00 хв. дати закінчення строку дії останнього періоду страхування.

13.5. При несплаті страхового платежу у розмірі і в строк, визначені згідно з пп. 2.2 і 2.3 Частини 1 Договору, цей Договір вважається таким, що не набрав чинності.

13.6. Зміни та доповнення до умов Договору протягом періоду його дії вносяться за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.

13.7. Додатковий договір до цього Договору є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору.

13.8. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

13.9. З моменту отримання заяви однієї зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

13.10. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі закінчення строку дії Договору; виконання Страховиком зобов'язань перед



Страховальником у повному обсязі; ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; смерті Страховальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»; прийняття судового рішення про визнання договору недійсним; в інших випадках, передбачених законодавством України.

13.11. Дію Договору може бути припинено на вимогу Страховальника або Страховика. У такому разі Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховик або Страховальник) направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору. Таке дострокове припинення дії Договору вважатиметься згідно з частиною 3 статті 651 Цивільного кодексу України односторонньою відмовою від Договору.

13.12. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу, у розмірі 40 % страхового платежу і фактичних страхових виплат (виплат страхового відшкодування), що були здійснені за Договором.

13.13. Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

13.14. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страховальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

13.15. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов Договору, то Страховик повертає Страховальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу, у розмірі 40 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат (виплат страхового відшкодування), що були здійснені за Договором.

13.16. Належна до повернення частина страхового платежу повинна бути виплачена протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дати припинення строку дії цього Договору.

13.17. Остаточний розрахунок між Сторонами у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всієї заявленої Страховальником шкоди: здійснення страхових виплат (виплат страхового відшкодування) або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування).

#### **14. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ**

14.1. **Гостре захворювання** – це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

14.2. **Хронічне захворювання** – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

14.3. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

14.4. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та не залежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтягн зв'язок тощо, в т. ч. отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або

токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами).

14.5. **Невідкладний стан Застрахованої особи** – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин (підвищення температури тіла вище 39°C, судми, порушення серцевого ритму, гострі та раптові болі будь-якої локалізації, кровотечі, отруєння та травми, що вимагають невідкладної допомоги та консультації лікаря).

14.6. **Страховий захист (відповідальність Страховика)** – зобов'язання Страховика, визначені Договором, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в обумовлений цим Договором відрізок часу.

14.7. **Ліміт відповідальності Страховика** – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

14.8. **Медична допомога** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.

14.9. **Медичні та інші послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні процедури та лікувальні маніпуляції, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, передбачені Договором.

14.10. **Невідкладна стаціонарна допомога** – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

14.11. Під **медикаментами** розуміються ліки, витратні медичні матеріали (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.

14.12. **ЛПЗ (медичний заклад)** – підприємства, установи та організації, які створені та діють на підставі чинного законодавства України, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а саме: травм пункти, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, аптеки тощо.

14.13. **ЛПЗ з переліку Страховика** – ЛПЗ, з якими Медичний асистент Страховика уклав договір про співпрацю та які відповідають вимогам п. 14.12 Договору, та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до умов Договору.

Якщо протягом строку дії Договору ЛПЗ з переліку Страховика, перереєстрована та (або) починає діяти не на підставі чинного законодавства України, Страховик в односторонньому порядку виключає таку ЛПЗ з переліку Страховика та не організовує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у такій ЛПЗ.

14.14. **Медичний асистент Страховика** – структурний підрозділ Страховика, який здійснює цілодобову організацію надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг згідно з умовами Договору.

14.15. **Лікар Страховика** – співробітник Медичного асистенту Страховика, який організовує надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків і товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених Договором.

14.16. **Координатор Страховика в ЛПЗ** – працівник ЛПЗ або співробітник Страховика, що у разі звернення Застрахованої особи до ЛПЗ здійснює організацію її надання медичних та інших послуг в цьому ЛПЗ (в т.ч. організовує оформлення лікарняних листків, довідок та інших документів).

14.17. **Лікар вузькопрофільної спеціалізації** – лікар, іншої спеціалізації, ніж лікар загальної практики.

14.18. **Форс-мажорні обставини** (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами цього Договору, обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами України.

#### **15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ, ОСОБЛИВІ УМОВИ**

15.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов цього Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.