

Загальні умови Договору

6. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ВИГОДОНАБУВАЧ

6.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника/Застрахованої особи, визначені Страхувальником у п. 1 Договору за її згодою.

6.1.1. Вигодонабувачем щодо певної Застрахованої особи є така Застрахована особа (її представник за законом). Страхова виплата здійснюється з урахуванням умов п. 10 Договору.

6.1.2. У разі смерті Застрахованої особи отримувачами страхової виплати є спадкоємці за законом, заповітом або спадковим договором Застрахованої особи.

7. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

7.1. Страховим випадком є факт звернення Страхувальника/Застрахованої особи:

7.1.1. **За отриманням консультативної та іншої допомоги, пов'язаної з наданням медико-санітарної допомоги, а саме з метою:**

7.1.1.1. Інформування Застрахованої особи про:

- лікувальні заклади України, зокрема: їх профіль, спеціалістів, адреси, контактні телефони, режим роботи, орієнтовну вартість послуг (за інформацією медичного закладу);
- перелік медичних лабораторій (в тому числі щодо проведення тесту на COVID - 19);
- наявність ліків та їх вартість у фармацевтичних закладах України.

7.1.1.2. Пошуку для Застрахованої особи:

- необхідного профільного медичного закладу та спеціаліста на території України;
- необхідних медикаментів за оптимальною вартістю в місті/Україні.

7.1.1.3. Надання Застрахованій особі рекомендацій щодо вибору медичного закладу та лікаря відповідної спеціалізації для проведення консультацій.

7.1.1.4. Підбору найбільш ефективного варіанту надання медичних послуг з урахуванням: побажань щодо місця розташування, співвідношення ціна/якість, ефективності консультації вузьких спеціалістів або лікарів загального профілю, рейтингу медичних закладів та лікарів.

7.1.1.5. Запису Застрахованої особи на:

- діагностичні обстеження в обраному медичному закладі;
- консультацію до лікаря необхідного медичного профілю.

7.1.1.6. Інформування Застрахованої особи щодо аналогів ефективних медикаментів за оптимальною ціною.

7.1.1.7. Формування електронного файлу з копіями медичних документів, аналізів, виписок, діагностичних досліджень, наданих Застрахованою особою з метою створення електронної історії хвороби.

7.1.1.8. Моніторингу та контролю за якістю надання медичних послуг.

7.1.1.9. Лікування в умовах стаціонару розладу здоров'я, пов'язаного з захворюванням Застрахованої особи на кліщовий вірусний енцефаліт, викликаний вірусом кліщового енцефаліту роду Flavivirus. В цьому випадку медичні послуги за програмою «Стаціонарне лікування» оплачується Застрахованою особою самостійно з подальшим відшкодуванням Страховиком в межах ліміту 3000,00 (три тисячі грн 00 коп) один раз протягом строку дії Договору.

7.1.2. **До медичної он-лайн клініки**, запропонованої Страховиком, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, іншим розладом здоров'я, для надання медичної допомоги за програмою «Амбулаторно-поліклінічне лікування».

7.1.3. **До стаціонару медичного закладу** за отриманням лікувальної допомоги у зв'язку з розладом здоров'я, викликаним захворюванням Застрахованої особи на COVID-19, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2, що потребує надання медичних послуг за програмою «Стаціонарне лікування» та оплачується Застрахованою особою самостійно з подальшим відшкодуванням Страховиком.

7.1.3.1. Під захворюванням Застрахованої особи на COVID-19, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2, мається на увазі захворювання Застрахованої особи на COVID-19 у період дії Договору, яке проходить у важкій формі та призвело до специфічних ускладнень, а саме пневмонії, що:

- 7.1.3.1.1. не потребує лікування в реанімації та/або у відділеннях інтенсивної терапії;
- 7.1.3.1.2. потребує лікування в реанімації та/або у відділеннях інтенсивної терапії.

7.2. Страховим випадком є події, зазначені у п. 7.1 Договору, що виникли та були діагностовані протягом строку дії Договору, не підпадають під виключення і обмеження Договору та підтверджені належним чином оформленими документами, з настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі згідно з умовами Договору.

7.3. Події, зазначені в п. 7.1.3 Договору, визнаються страховими випадками, якщо:

7.3.1. Наявне лабораторне підтвердження сертифікованої державної або приватної лабораторії щодо інфікування Застрахованої особи вірусом SARS-CoV-2 під час строку дії Договору, а саме: Застрахована особа зробила аналіз та/або отримала діагностичний висновок в сертифікованій державній або приватній лабораторії щодо інфікування SARS-CoV-2 під час строку дії Договору;

7.3.2. Отримання медичних послуг Застрахованою особою в результаті захворювання на COVID-19 підтверджене документами компетентних органів (медичних установ тощо) з урахуванням інших умов Договору.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Ознайомитись з Правилами та умовами страхування;

8.1.2. Отримати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах цього Договору, якщо Страхувальник є Застрахованою особою за Договором;

- 8.1.3. Отримати дублікат Договору у випадку втрати оригіналу;
- 8.1.4. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору під час його дії, достроково припинити дію Договору у порядку, визначеному Договором;
- 8.1.5. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату або розмір виплати;
- 8.1.6. Інші права, передбачені Правилами та законодавством України.

8.2. Застрахована особа має право:

- 8.2.1. У разі настання страхового випадку отримати медичну допомогу, медичні та інші послуги належної якості та в обсязі, передбаченому Договором;
- 8.2.2. Отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору;
- 8.2.3. Отримати роз'яснення Страховика щодо умов Договору, строків і порядку здійснення страхової виплати;
- 8.2.4. Інші права, передбачені Правилами та законодавством України.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

- 8.3.1. Своєчасно сплатити страховий платіж у розмірі та в порядку, визначених Договором;
- 8.3.2. При укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі у письмовій формі інформувати його про будь-яку зміну ступеня ризику протягом 5 робочих днів з дня такої зміни;
- 8.3.3. Інформувати Застрахованих осіб щодо їх прав та обов'язків за Договором;
- 8.3.4. Не передавати Договір іншим особам, які не застраховані за цим Договором, для отримання останніми медичних та інших послуг. У разі його втрати невідкладно повідомити Страховика про втрату для отримання дублікату Договору;
- 8.3.5. При укладанні Договору повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету Договору;
- 8.3.6. Повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, у строк, передбачений п. 9 Договору, і діяти згідно з умовами, визначеними у п. 9 Договору;
- 8.3.7. Вживати всіх заходів для усунення обставин, що підвищують ступінь страхового ризику;
- 8.3.8. Вживати усіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком, з метою запобігання та зменшення розміру шкоди, завданої внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком;
- 8.3.9. На вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику, укласти додатковий договір до цього Договору про внесення відповідних змін та сплатити додатковий страховий платіж;
- 8.3.10. Повернути протягом 30 (тридцяти) робочих днів Страховикові здійснену страхову виплату, якщо виявиться така обставина, що згідно з чинним законодавством України та (або) умовами Договору повністю або частково позбавляє особу, яка отримала страхову виплату, права на її отримання;
- 8.3.11. Не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, що стосується умов цього Договору, якщо тільки це не відповідає вимогам законодавства України;
- 8.3.12. Виконувати інші обов'язки, передбачені Договором, Правилами та законодавством України.

8.4. Застрахована особа зобов'язана:

- 8.4.1. Достовірно інформувати медичний заклад, Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші обставини, що впливають на зміну ступеню ризику;
- 8.4.2. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до розділу 9 Договору та Правил;
- 8.4.3. Надати Страховику всю інформацію і докази, які Страховик вимагатиме стосовно причин, обставин, наслідків події, що може бути визнана страховим випадком. Усі медичні документи та результати досліджень (отриманих самостійно за власний рахунок), а також інші документи, що можуть мати відношення до предмету цього Договору, мають бути доступні для перевірки Страховиком в будь-який час;
- 8.4.4. Виконувати рекомендації Страховика щодо дій при настанні події, що може бути визнана страховим випадком;
- 8.4.5. Для прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті надати Страховику всі необхідні документи, в порядку та на умовах, визначених Договором, Правилами, а також на вимогу Страховика інші (додаткові) документи для встановлення факту, причин, обставин настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 8.4.6. Виконувати інші обов'язки, передбачені Правилами, Договором та законодавством України.

8.5. Страховик має право:

- 8.5.1. Перевіряти надану Страхувальником/Застрахованою особою інформацію та вимагати від Страхувальника/Застрахованої особи повного розкриття всіх фактів, що стосуються предмету Договору, отримати від Страхувальника всю інформацію та документи (у разі необхідності) для укладання Договору та оцінки ступеня страхового ризику в будь-який момент строку дії Договору;
- 8.5.2. Ініціювати внесення змін і доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором;
- 8.5.3. У разі зміни обставин, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику та збільшення ступеня страхового ризику, протягом строку дії Договору вимагати від Страхувальника внесення змін до умов цього Договору та сплати додаткового страхового платежу. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до умов цього Договору та сплати додаткового страхового платежу достроково припинити дію цього Договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань;
- 8.5.4. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника (представника Застрахованої особи) надання інформації, необхідної для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати;
- 8.5.5. До моменту отримання усіх документів із переліку, визначеному у п. 10 Договору, або у разі отримання документів, оформлених з порушенням вимог, зазначених в Договорі, не приймати рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;
- 8.5.6. Надсилати запити до компетентних органів, підприємств, організацій, установ, що володіють інформацією про обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин події;

8.5.7. Відмовити у страховій виплаті повністю або частково, на умовах, передбачених Договором та (або) Правилами та/або законодавством;

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

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

8.5.10. 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 збитків, завданих настанням події, – у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та оплату медичних послуг, до моменту отримання всіх необхідних документів;

8.5.11. Брати участь у судовому процесі при розгляді будь-яких справ, прямо або опосередковано пов'язаних з настанням страхового випадку.

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування;

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

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

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

8.6.5. При настанні страхового випадку та за наявності законних підстав здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;

8.6.6. При одержанні повідомлення від Страхувальника про збільшення ступеня ризику або зміну інших суттєвих обставин щодо предмета Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів прийняти рішення про внесення змін до Договору або про припинення його дії, письмово сповістивши про це Страхувальника, у порядку, передбаченому Договором;

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

8.7. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01% від простроченої суми за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.

8.8. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний(а):

9.1.1. При необхідності отримання консультативної допомоги та іншої допомоги, пов'язаної з наданням медико-санітарної допомоги згідно з умовами п. 7.1.1 Договору, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний(а) звернутись за телефоном, зазначеним у п. 2.1 частини 1 Договору.

9.1.2. При необхідності отримання консультації кваліфікованого лікаря медичної он-лайн клініки у разі розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний(а) звернутись за телефоном, зазначеним у п. 2.2 частини 1 Договору, та повідомити причини і обставини, що вимагають отримання такої консультації.

9.1.3. У відповідності до умов пунктів 7.1.1.9, 7.1.3 Договору, Застрахована особа повинна повідомити Страховика про самостійне звернення до стаціонару медичного закладу у зв'язку з розладом здоров'я, викликаним захворюванням Застрахованої особи на кліщовий вірусний енцефаліт, викликаний вірусом кліщового енцефаліту роду Flavivirus, або COVID-19, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2, та отримання діагностичної та лікувальної допомоги негайно, як тільки це стане можливим, але не пізніше, ніж протягом 24 годин з моменту її отримання. Таке повідомлення за телефоном 0-800-50-70-50 може бути передане будь-якою особою, яка діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо. Застрахована особа зобов'язана звернутися до Страховика, повідомити своє прізвище, ім'я та по батькові, номер Договору, причину звернення, контактний телефон. Якщо Застрахована особа не мала змоги, у зв'язку із станом здоров'я (непритомний стан, знаходження у відділенні інтенсивної терапії, відсутність поряд осіб, які мають змогу це зробити від імені Застрахованої особи), повідомити Страховика у визначені цим пунктом строки про настання події, вона повинна підтвердити це документально.

9.1.4. Надати Страховику всю інформацію, яка має відношення до події, що може бути визнана страховим випадком, та документи, передбачені пунктом 10 Договору; вжити заходів для збору і передавання Страховику всіх необхідних документів для визначення розміру заподіяної шкоди та прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову здійснити страхову виплату;

9.1.5. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин, причин настання страхового випадку, та надати письмовий дозвіл Застрахованої особи на надання такої інформації Страховику.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. У разі настання страхового випадку згідно з умовами пунктів 7.1.1.1 – 7.1.1.8, 7.1.2 Договору, страхова виплата здійснюється Страховиком в межах страхової суми, передбаченої у розділі 1 Частини 1 Договору, у розмірі вартості послуг, отриманих Застрахованою особою, шляхом оплати їх вартості юридичним особам (асистуючим компаніям, компаніям-посередникам тощо), фізичним особам – підприємцям, медичним закладам, що надають медичні послуги он-лайн, з якими Страховиком укладені договори про надання послуг Застрахованим особам, на підставі рахунків/актів за надані послуги.

- 10.2. У разі настання страхового випадку згідно з пунктами 7.1.1.9, 7.1.3 Договору,** страхова виплата здійснюється Страховиком безпосередньо Застрахованій особі (її представнику за законом або особі, зазначеній у п. 6.1.2 Договору), яка самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг, в розмірі вартості отриманих Застрахованою особою медичних послуг, але в межах страхової суми та лімітів зобов'язань Страховика, передбачених пп. 7.1.1.9, 10.7 Договору, та з урахуванням інших умов Договору, на підставі наступних документів:
- 10.2.1. Заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);
 - 10.2.2. Копії Договору (екземпляр Страхувальника);
 - 10.2.3. Копії паспорта особи, що отримує страхову виплату;
 - 10.2.4. Копії довідки РНОКПП одержувача страхової виплати;
 - 10.2.5. Платіжного документу, що підтверджує факт сплати страхового платежу;
 - 10.2.6. Копії лабораторного підтвердження сертифікованої державної або приватної лабораторії щодо інфікування Застрахованої особи вірусом COVID - 19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2;
 - 10.2.7. Копії лабораторного підтвердження сертифікованої державної або приватної лабораторії щодо інфікування Застрахованої особи кліщовим вірусним енцефалітом, викликаним вірусом кліщового енцефаліту роду Flavivirus;
 - 10.2.8. Виписки з карти стаціонарного хворого, підписаної відповідальною особою та завіреної печаткою медичного закладу, з обов'язковим зазначенням:
 - П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за допомогою до медичного закладу, дати надання медичних послуг, тривалості лікування;
 - анамнезу захворювання (історії виникнення), діагнозу, обсягу медичних послуг, наданих Застрахованій особі, результатів обстежень (аналізи та інші діагностичні матеріали, що були отримані в процесі лікування); результатів огляду та консультацій спеціалістами, що були залучені для вставлення діагнозу та послідуєчого лікування;
 - 10.2.9. Рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
 - 10.2.10. Рахунків лікарняних закладів охорони здоров'я (в тому числі медичних лабораторій), з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
 - 10.2.11. Фіскальних та відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з докладним розшифруванням кошторису наданих медичних послуг та медикаментів;
 - 10.2.12. Інших документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та його наслідки, на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку.
- 10.3.** Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку.
- 10.4.** Страховик приймає до розгляду оригінали документів, зазначених в п. 10.2 Договору, або належним чином завірені їх копії.
- 10.5.** Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додатково документи, що підтверджують факт, причини, обставини настання події, що має ознаки страхового випадку, розмір шкоди, а також направити Застраховану особу на додаткове медичне обстеження з метою оцінки стану її здоров'я.
- 10.6. У разі настання страхового випадку згідно з пунктами 7.1.1.9, 7.1.3 Договору,** Страховик здійснює страхову виплату лише у випадку виникнення у Застрахованої особи медичних станів, пов'язаних із захворюванням COVID - 19, спричиненим коронавірусом SARS-CoV-2, або захворюванням на кліщовий вірусний енцефаліт, викликаний вірусом кліщового енцефаліту роду Flavivirus, що вимагають стаціонарного лікування. Медичні стани Застрахованої особи, що не вимагають стаціонарного лікування, або пов'язані з іншими захворюваннями, страховим випадком не вважаються та виплата за ними не здійснюється.
- 10.7.** Страхові виплати у разі діагностики та лікування в умовах стаціонару розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок інфікування COVID - 19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2, здійснюються у межах наступних лімітів зобов'язань Страховика відповідно до стану Застрахованої особи 1 (один) раз протягом строку дії Договору:
- 10.7.1. У разі якщо діагностика та лікування Застрахованої особи здійснюється в умовах стаціонару та **не вимагає** лікування в реанімації та/або у відділеннях інтенсивної терапії, Страховик здійснює страхову виплату в межах ліміту 7000,00 (сім тисяч грн 00 коп);
 - 10.7.2. У разі якщо діагностика та лікування Застрахованої особи здійснюється в умовах стаціонару та **вимагає** лікування в реанімації та/або у відділеннях інтенсивної терапії, Страховик здійснює страхову виплату в межах ліміту 10 000,00 (десять тисяч грн 00 коп).
- 10.8.** Страхові виплати у разі діагностики та лікування в умовах стаціонару розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок захворювання на кліщовий вірусний енцефаліт, викликаний вірусом кліщового енцефаліту роду Flavivirus, здійснюються у межах лімітів зобов'язань Страховика, зазначених у п. 7.1.1.9 Договору.
- 10.9.** У разі стаціонарного лікування страхова виплата здійснюється за умови належного підтвердження документами компетентних органів (лікарняних закладів охорони здоров'я тощо) щодо строків лікування у стаціонарі медичного закладу, включаючи інформацію про перебування Застрахованої особи у відділенні інтенсивної терапії, реанімації.
- 10.10.** Загальна сума страхових виплат по одній Застрахованій особі не може перевищувати страхову суму, встановлену для такої Застрахованої особи у п.1.1 цього Договору.
- 10.11.** Страхові виплати щодо однієї Застрахованої особи здійснюються в межах страхової суми та лімітів зобов'язань Страховика на одну Застраховану особу, згідно з пп. 7.1.1.9, 10.7 Договору, з урахуванням раніше здійснених страхових виплат (страхова сума та ліміти зобов'язань Страховика зменшуються на суму здійснених страхових виплат).
- 10.12.** Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п. 7.1.3 Договору, не може перевищити лімітів зобов'язань Страховика, зазначених у п. 10.7 Договору.
- 10.13.** Страхова виплата за страховим випадком, зазначеним у п. 7.1.1.9 Договору, не може перевищити лімітів зобов'язань Страховика, зазначених у п. 7.1.1.9 Договору.
- 10.14.** Загальна сума страхових виплат по Договору не може перевищити страхову суму, зазначену у п. 1.2 Договору.
- 10.15.** Строк прийняття Страховиком рішення про здійснення або відмову у страховій виплаті:
- 10.15.1. Рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання всіх необхідних документів, зазначених у п. 10.2 Договору;

10.15.2. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати письмово повідомляється Страхувальнику з обґрунтуванням причин відмови протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

10.16. Страхова виплата здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про таку виплату. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика.

10.17. Якщо документи, необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), строк на прийняття рішення щодо страхової виплати починає спливати після отримання останнього із необхідних документів у належній формі. Про наявність невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальникові в письмовій формі.

10.18. У разі недостатності документів та/або неможливості з наданих Страхувальником/Застрахованою особою документів прийняти рішення про виплату або відмову у страховій виплаті, встановити факт, обставини, причини настання страхового випадку та/або розмір заподіяної шкоди, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний на вимогу Страховика надати всі необхідні документи для встановлення факту, всіх обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру заподіяної шкоди.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

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

11.1.2. Вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

11.1.3. Подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт, причини, обставини, характер події, що має ознаки страхового випадку;

11.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, причин, характеру та наслідків страхового випадку;

11.1.5. Невиконання чи неналежне виконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків згідно з умовами Договору, Правилами, а також невиконання чи неналежне виконання інших умов Договору, Правил, вимог законодавства;

11.1.6. Отримання Страхувальником/Застрахованою особою медичної допомоги, не передбаченої умовами Договору;

11.1.7. Настання випадків, зазначених у розділі 12 Договору;

11.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством.

12. ВИКЛЮЧЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

12.1.1. Лікування в стаціонарі медичного закладу захворювань, інших, ніж:

- COVID - 19, спричинений коронавірусом SARS-CoV-2;

- кліщовий вірусний енцефаліт, викликаний вірусом кліщового енцефаліту роду *Flavivirus*;

12.1.2. Витрати на діагностику та лікування в стаціонарі медичного закладу, якщо за результатами діагностики у Застрахованої особи COVID - 19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2, або кліщового вірусного енцефаліту, викликаного вірусом кліщового енцефаліту роду *Flavivirus*, не виявлено;

12.1.3. Лікування захворювань, що виникли до моменту укладання Договору (набрання чинності) та продовжуються на момент укладання Договору (набрання чинності);

12.1.4. Надання медичної допомоги у разі свідомого спричинення Застрахованою особою собі шкоди, в тому числі спробою самогубства, відмовою від лікування, недотриманням або порушенням призначень медичного персоналу або лікувального режиму, зміною за бажанням Застрахованої особи (всупереч рекомендаціям лікаря) медичних технологій, які використовуються при лікуванні як основного захворювання так і його ускладнень;

12.1.5. Настання подій, що не обумовлені в Договорі як страховий випадок;

12.1.6. Самолікування Застрахованої особи, лікування з використанням лікувальних або діагностичних методів і способів втручання і маніпуляцій особами, які не мають медичної освіти, відповідної кваліфікації та (або) ліцензії на право здійснення медичної діяльності, а також лікування без призначення лікаря;

12.1.7. Лікування Застрахованої особи незареєстрованими в Україні медикаментами;

12.1.8. Помилки лікарів та (або) медичного персоналу, порушення медичним персоналом своїх професійних обов'язків;

12.1.9. Використання народних, нетрадиційних та (або) альтернативних методів лікування;

12.1.10. Лікування медикаментами, призначеними з метою профілактики, витрати на біостимулятори, харчові добавки, біологічні добавки, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь тощо), ензими загальної дії (вобензим, флогензим тощо), полівітаміни закордонних виробників, БАДи, хондропротектори, фітопрепарати, імуностимулятори, лікарські трави, препарати, що знижують рівень ліпідів крові, психотропні, ноотропні препарати, цитостатики та подібні до них препарати.

12.2. До страхових випадків не відноситься будь-який розлад здоров'я Застрахованої особи, що виник після вакцинації від COVID -19.

12.3. Не визнається страховим випадком подія, що сталась:

12.3.1. Внаслідок інфікування Застрахованої особи COVID-19, якщо Застрахована особа зробила аналіз на COVID-19 та/або отримала діагностичний висновок в сертифікованій державній або приватній лабораторії до початку строку дії Договору;

12.3.2. Внаслідок шахрайських дій Застрахованої особи щодо отримання лабораторного підтвердження інфікування Застрахованої особи вірусом COVID-19;

12.3.3. Внаслідок інфікування Застрахованої особи на кліщовий вірусний енцефаліт, викликаний вірусом кліщового енцефаліту роду *Flavivirus*, до початку строку дії Договору.

12.4. Страховик не відшкодовує:

12.4.1. Вартість медичних послуг, що не передбачені цим Договором та(або) отримані поза межами місця дії Договору;

12.4.2. Витрати на лікування з приводу отруєння, порушення свідомості або погіршення психічного сприйняття Страхувальника під дією алкоголю, наркотичних речовин, токсичних препаратів або інших речовин, що вживалися з метою сп'яніння;

- 12.4.3. Витрати на лікування вроджених аномалій та вад розвитку;
- 12.4.4. Витрати на благодійні внески, лікування в умовах планового стаціонару, медичні маніпуляції на дому;
- 12.4.5. Витрати на лікування внаслідок заняття Застрахованою особою професійним або непрофесійним спортом, участі в будь-яких спортивних змаганнях або тренування (підготовці) до таких змагань тощо;
- 12.5.** На страхування не приймається особа, яка на момент укладання Договору:
- 12.5.1. є особою з інвалідністю I, II групи та (або) дитиною з інвалідністю, є недієздатною за станом здоров'я;
- 12.5.2. на час укладання Договору перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована);
- 12.5.3. перебуває на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірно-венерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;
- 12.5.4. вживала або вживає наркотичні препарати;
- 12.5.5. хворіє на ревматизм, вади серця, гепатит А, В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефрит, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсією, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренію та інші), тяжкі нервові захворювання, венеричні захворювання, захворювання серцево-судинної системи з порушенням кровообігу важкого ступеня;
- 12.5.6. хворіє на СНІД або ВІЛ-інфекцію, алкоголізм, захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами;
- 12.5.7. має в анамнезі гострі порушення мозкового кровообігу (інсульт), інфаркт міокарду;
- 12.5.8. має вік менше 5 років або більше 75 років.
- 12.6.** Дія Договору та страховий захист відносно Застрахованої особи припиняється, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахована з причин, зазначених у пункті 12.5 Договору. У такому разі Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
- 12.7.** Не визнаються страховими випадками та страхова виплата не здійснюється за подіями, що прямо або опосередковано пов'язані настали під час або є наслідком:
- 12.7.1. Будь-яких військових дій, а також маневрів або інших військових заходів;
- 12.7.2. Вторгнення, дій іноземних держав (при оголошенні війни або без оголошення війни), воєнних/збройних конфліктів, дій 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;
- 12.7.3. Дії мін, бомб, снарядів, знарядь війни, зброї, вибухових речовин або пристроїв;
- 12.7.4. Громадянської війни, громадських заворушень, терористичних актів, терористичної або антитерористичної діяльності, вуличних заворушень усякого роду, масових заворушень або страйків, заколотів, локаутів, повстань, революцій, узурпації влади, цивільних безладь, військового, воєнного або надзвичайного стану;
- 12.7.5. Страйків, державних переворотів, актів тероризму, військової диктатури; вилучення, примусового вилучення, мобілізації, реквізиції, арешту, конфіскації, націоналізації, реквізиції та інших подібних заходів політичного характеру, які здійснені згідно з розпорядженням військової чи цивільної влади та політичних організацій в країні Страхувальника або за розпорядженням існуючого де-юре та де-факто уряду чи будь-якого органу влади або за вимогою представників військової чи цивільної влади;
- 12.7.6. Впливу 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.
- 12.8.** 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 Кримінально-процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними.

13. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

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

- 13.1.1. Закінчення строку дії;
- 13.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 13.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки;
- 13.1.4. Смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22 і 24 Закону України «Про страхування»;
- 13.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 13.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 13.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

13.2. Договір припиняє дію з моменту, коли Застрахована особа стає особою, яка відповідно до умов п. 12.5 Договору не може бути застрахованою особою.

13.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору.

13.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. При цьому порушення строків здійснення страхової виплати не вважається таким порушенням умов Договору, в зв'язку з яким при достроковому припиненні його дії Страхувальнику повертаються сплачені страхові платежі повністю.

13.3.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику

страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

13.4. Під час дії Договору Сторони мають право вносити в нього зміни та доповнення за взаємною згодою. Всі зміни і доповнення до Договору вносяться шляхом укладання додаткових договорів до Договору.

14. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

14.1. Місце (територія) дії Договору - Україна, крім тимчасово окупованих територій та населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, визначених відповідно до чинного законодавства.

15. ІНШІ УМОВИ

15.1. Усі повідомлення за Договором між Сторонами будуть вважатися зробленими належним чином, якщо вони здійснені у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом, кур'єром, телеграфом, електронною поштою або вручені особисто за зазначеними адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення, дата отримання електронного листа або дата поштового штемпеля відділу зв'язку одержувача.

15.2. Норматив витрат на ведення справи зазначений в Правилах (максимальний).

15.3. Умови, не обумовлені Договором, регулюються Правилами та законодавством України.

15.4. Договір укладено в двох примірниках українською мовою, які мають однакову юридичну силу - по одному для кожної зі Сторін.

15.5. Невід'ємною частиною Договору є Додаток 1: «Перелік застрахованих осіб».