

Пропозиція щодо добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці»

1. Ця пропозиція містить Порядок укладання договору добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці» (далі – Договір страхування) та Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці» Приватного акціонерного товариства «Українська пожежно-страхова компанія» (далі – Страховик, ПрАТ «УПСК»).

2. Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці» розроблені згідно з Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) від 07.05.2009 р., реєстраційний № 0390315, (далі – Правила), та на підставі безстрокової ліцензії, виданої Національним банком України 30.04.2024 р., яка включає ризик «медичне страхування» в межах класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

Це пропозиція укласти Договір страхування в електронній формі. Пропозиція діє з 06 травня 2024 р.

3. Страхування здійснюється у відповідності до умов добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці», що є додатком до пропозиції (частина 2 Договору страхування).

4. Порядок укладання Договору:

4.1. Страхувальник надає Страховику інформацію, необхідну для його ідентифікації, калькуляції страхового платежу та формування індивідуальної оферти Страховика за договором страхування. Заповнена у такій спосіб заявка, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви на страхування.

4.2. На підставі заявки Страховик здійснює розрахунок страхового платежу та формує індивідуальну оферту укласти договір добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці» у формі проекту договору страхування. Індивідуальна оферта пропонується потенційному Страхувальнику.

4.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов індивідуальної оферти укласти договір страхування є надання Страховику відповіді про прийняття оферти і підписання договору страхування шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором (алфавітно-цифрова послідовність, яку отримує Страхувальник за допомогою sms-повідомлення на номер телефону, що вказується ним на сайті Страховика при заповненні особистих даних).

4.4. Страхувальник здійснює оплату страхового платежу у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

4.5. Підтвердження вчинення електронного договору страхування здійснюється шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми договору страхування.

4.6. Виконання зазначених дій означає прийняття Клієнтом усіх умов оферти і є укладенням Договору страхування в електронній формі, яка відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України «Про електронну комерцію» прирівнюється до письмової форми.

5. Після здійснення акцепту Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну пошту, вказану при заповненні Заявки, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування в електронній формі.

6. Електронним підписом Клієнт підтверджує, що:

- до моменту укладання Договору страхування ознайомлений з інформацією відповідно до частини 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», яку розміщено на сайті Страховика;

- розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком;

- надає згоду Страховику на обробку його персональних даних, в тому числі таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору страхування;

- ознайомлений та згодний з умовами страхування;

- надає згоду на отримання від Страховика розсилки електронних та інших повідомлень з питань страхування, в т. ч. sms, Viber –повідомлень;

- ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що зазначені в пункті 8 пропозиції, та надає згоду на підписання Договору страхування зі своєї сторони-шляхом проставлення одноразового ідентифікатора;

- надає згоду на отримання Договору страхування в електронному вигляді та інших комерційних електронних повідомлень на його особисту електронну пошту вказану ним при внесенні особистої інформації;

- надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором страхування.

7. Підписання Договору страхування з боку Страховика відбувається в порядку, передбаченому ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію».

8. Сторони приймають на себе зобов'язання відтворити Договір страхування на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору страхування в письмовому вигляді такий Договір страхування виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної вимоги Стороною та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір страхування, такий спір передається на розгляд до суду. Зразок відтворення підпису уповноваженої особи та печатки Страховика.

заступник Голови Правління
ПрАТ «УПСК»



О.М. Лініченко

9. Дата, час, порядок акцепту, повідомлення про підтвердження укладення Договору страхування в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігається в електронній базі Страховика.

10. Внесення змін до Договору страхування, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншій Стороні у письмовому чи у електронному вигляді шляхом направлення на її електронну пошту.

ПрАТ «УПСК»
04080, Україна, м. Київ, вул. Кирилівська, 40,
тел.: 0 800 50 70 50; сайт: <https://upsk.com.ua>

Додаток: Умови добровільного медичного страхування «Турбота 24/7 - ДМС/COVID 19 - іноземці».

6. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ВИГОДОНАБУВАЧ

- 6.1. У разі виявлення розбіжностей між положеннями цього Договору та положеннями Правил, застосовуються умови, визначені Договором.
- 6.2. Не обумовлені цим Договором умови регламентуються чинним законодавством України.
- 6.3. Сторони Договору не можуть передавати права та/або обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.
- 6.4. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.
- 6.5. Вигодонабувачами за цим Договором є: лікувально-профілактична установа, яка надала Застрахованій особі медичні та інші послуги (в т.ч. медикаменти), або Застрахована особа з урахуванням умов, зазначених у п. 12.3 Договору;

7. ПЕРЕЛІК ТА ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

7.1. Страховим випадком є факт звернення Застрахованої особи (її представника за законом) під час дії Договору до медичного закладу, запропонованого Асистуючою компанією (далі - Медичний асистанс, Асистанс) Страховика, або іншим чином погодженого Страховиком, за отриманням лікувальної допомоги у зв'язку з розладом здоров'я, викликаним гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком, а також захворюванням Застрахованої особи на COVID-19, що потребує надання невідкладних медичних послуг в умовах стаціонару медичного закладу (лікувально-профілактичної установи, далі - ЛПУ).

7.2. 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>.

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

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

7.4.1. **Невідкладної стаціонарної допомоги**, яка передбачає лікування в умовах стаціонару в ЛПУ з переліку Страховика або в черговому (ургентному) відділенні, найближчому до місця настання події, за наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування та зазначені у п. 7.4.4 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 (наркоз);
- 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 (перевезення у супроводі медичного персоналу) Застрахованої особи в інше ЛПУ за медичними показаннями згідно з направленням лікуючого лікаря у випадках неможливості надати необхідну медичну допомогу в цій ЛПУ;
- ж) консультативно-організаційний супровід Медичним асистансом Страховика (у телефонному режимі).

7.4.2. Страховик відшкодовує вартість невідкладної стаціонарної допомоги, наданої ЛПУ державної/комунальної форми власності.

7.4.3. **Медикаментів при невідкладному стаціонарному лікуванні.**

7.4.3.1. Страховик відшкодовує вартість медикаментів в межах страхової суми, зазначеної у п. 1.3 частини 1 Договору.

7.4.4. **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):**

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

7.4.4.2. Захворювання Застрахованої особи на COVID-19, спричинений коронавірусом SARS-CoV-2, за умови, що захворювання було виявлене у Застрахованої особи у період дії Договору, має достовірне підтвердження медичного закладу (метод ПЛР, експрес-тест на антиген COVID-19, експрес-тест на COVID-19 тощо) та вимагає лікування Застрахованої особи в стаціонарних умовах;

7.4.4.3. Хвороби ендокринної системи: діабет (коматозний стан); хвороби щитовидної залози (тіреотоксичний криз, мікседемамагнозна кома); хвороби паращитовидної залози (гіпер- та гіпокальціємічні кризи); хвороби наднирничкової залози (гостра наднирничкова недостатність, феохромоцитомний криз); гіпопітuitarна кома;

7.4.4.4. Хвороби нервової системи та органів чуття: 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);

7.4.4.5. 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;

7.4.4.6. 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;

7.4.4.7. 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;

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

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

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

7.4.4.11. 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);

7.4.4.12. 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.

7.4.5. Страховик організовує надання медичної допомоги, медичних та інших послуг у населеному пункті, де розташована ЛПУ державної/комунальної форми власності з переліку Страховика. Якщо у місці настання страхового випадку відсутня ЛПУ з переліку Страховика, Застрахована особа за погодженням з Медичним асистансом Страховика (з урахуванням умов п. 10.3 Договору), сплачує ЛПУ державної/комунальної форми вартість медичних та інших послуг за власний рахунок, після чого надає письмову заяву Страховику про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені Медичним асистансом 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.

7.4.6. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо Застрахована особа на час настання страхового випадку відповідно до умов цього Договору знаходиться:

- на території Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, Донецької та Луганської областей, інших тимчасово окупованих територій;
- в зоні воєнних дій, конфліктів та прирівняних до них зон, на територіях проведення антитерористичних операцій та/або операцій об'єднаних сил;
- на території та в населених пунктах, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження або здійснюють не в повному обсязі на момент настання події, що має ознаки страхового випадку;
- на території, що розташована на лініях зіткнення, визначених відповідно до чинного законодавства України.

8. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

8.1. Страховиком не відшкодовуються витрати на:

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

8.1.2. Лікування захворювань, за якими Застрахованій особі встановлена інвалідність, вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових захворювань;

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

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

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

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

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

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

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

8.1.10. Лікування та діагностику функціональних порушень (в т.ч. синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів (крім стадії вираженого загострення), дисбактеріоз, дисбіоз, бактеріальний вагіноз, диспепсія, функціональний закрел);

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

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

8.1.13. 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;

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

8.1.15. Лікування хвороб крові (окрім залізодефіцитної анемії 3 ст.), в т.ч. онкогематологічних захворювань;

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

8.1.17. Лікування особливо небезпечних інфекційних хвороб: в т.ч. чуми, холери, натуральної віспи, геморагічної лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів (крім COVID-19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2);

8.1.18. Лікування COVID-19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2, в амбулаторно-поліклінічних умовах;

8.1.19. Лікування бородавок, папіломи, атероми та доброякісних пухлин (в т.ч. ліпом, поліпів, гемангіом, гігром), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст тощо);

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

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

8.2. Страховиком не відшкодовується вартість таких послуг та медикаментів:

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

8.2.2. 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 (вобезим, флогензим та ін.), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні, ноотропні препарати, цитостатики, препарати, що мають хондропротекторну дію, гепатопротектори, БАДи та ін.;

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

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

8.2.5. Медичні довідки: для поліції, носіння зброї, на вступ до учбових/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;

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

8.2.7. Професійні огляди; освідчення 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;

8.2.8. 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, плазмозаміняюча терапія, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія;

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

- 8.2.10. Витрати на виробу 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);
- 8.2.11. Витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;
- 8.2.12. Витрати на забезпечення інгаляторами-прироями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;
- 8.2.13. 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;
- 8.2.14. Трансплантація органів та тканин; протезування (у т.ч. зубів);
- 8.2.15. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в лікувально-профілактичних закладах;
- 8.2.16. Засоби, які корегують функції органів: в т.ч. штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани;
- 8.2.17. 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;
- 8.2.18. Штучне запліднення, витрати пов'язані з вагітністю, пологами, 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 передпухлинні захворювання шийки матки, гіперпролактинемія, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізинг-гормону (в т.ч. золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”;
- 8.2.19. Видалення матеріалу, занесеного під час колишніх операцій;
- 8.2.20. Визначення гормонального стану;
- 8.2.21. Зміна ваги, діагностика та лікування ожиріння, модифікація тіла, в т.ч. хірургічна зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпидограма, консультація імунолога, гіпосенсибілізуоча терапія при алергозах тощо);
- 8.2.22. Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в т.ч. апаратне лікування косоокості, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;
- 8.2.23. Оздоровчі послуги: заняття в тренажерному (спортивному) залі, басейні тощо, косметичні послуги.

8.3. Страховик не відшкодовує:

- 8.3.1. Витрати на послуги в ЛПУ державної/комунальної форми власності з переліку Страховика, не передбачені Договором; витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг; витрати на медичні та інші послуги, сплачені Застрахованою особою, отримані при порушенні п. 10.3 Договору, та у разі порушення строку для звернення за страховою виплатою відповідно до п. 9.2.11 Договору;
- 8.3.2. Витрати на лікування захворювання, що розпочалося до початку дії Договору, та потребує подальшого лікування;
- 8.3.3. Витрати на медичні та інші послуги, що призначені протягом строку дії Договору, але отримані після його закінчення або після дострокового припинення дії Договору;
- 8.3.4. Витрати на послуги, надання яких не погоджене зі Страховиком, в ЛПУ як з переліку Страховика, так і поза цим переліком;
- 8.3.5. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження;
- 8.3.6. 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);
- 8.3.7. 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;
- 8.3.8. 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 укладання Договору, але про які не був повідомлений Застрахованою особою Страховик;
- 8.3.9. 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;
- 8.3.10. Витрати на проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, лікарських експертиз і лабораторних досліджень, не пов'язаних зі страховим випадком;
- 8.3.11. Витрати на операції зі зміни статі, будь-яке протезування, купівлю і ремонт допоміжних засобів (зокрема окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, протезів, милиць тощо);
- 8.3.12. Витрати, пов'язані з наданням додаткового комфорту зокрема: телевізора, телефону, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога;
- 8.3.13. Витрати на лікування нетрадиційними методами, на реабілітацію та фізіотерапію;
- 8.3.14. Витрати на поточні обслідування зору та слуху;
- 8.3.15. Витрати на лікування розладів слуху (наявність сіркових пробок, ускладнення внаслідок переохолодження та/або попадання води), захворювання вуха, що не супроводжуються підвищенням температури тіла, інтоксикацією, крім випадків гострого больового синдрому;
- 8.3.16. Витрати на утримання супроводжуючих осіб або близьких родичів Застрахованої особи, які перебувають разом із нею;
- 8.3.17. Витрати на допомогу, що не є необхідною за висновком Страховика або Асистансу;
- 8.3.18. Витрати на медикаменти, що були придбані згідно з випискою із історії хвороби стаціонарного хворого, але якщо дата придбання цих медикаментів не співпадає з періодом лікування Застрахованої особи в стаціонарі;
- 8.3.19. Лікування дерматитів, захворювань шкіри, алергічних дерматитів, кропивниць та еритем, сонячних опіків, укусів комах та інших представників флори та фауни, ушкодження м'яких верхніх тканин шкіри (синці, подряпини), крім випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю.
- 8.3.20. Не визнається страховим випадком подія, що сталась внаслідок інфікування Застрахованої особи COVID-19, спричиненого коронавірусом SARS-CoV-2, якщо Застрахована особа зробила аналіз на COVID-19 та/або отримала достовірне підтвердження медичного закладу щодо інфікування COVID-19 (метод ПЛР, експрес-тест на антиген COVID-19, експрес-тест на COVID-19 тощо) до початку строку дії Договору.
- 8.4. До страхових випадків не відносяться та виплати не здійснюються, якщо страховий випадок стався внаслідок:**
- 8.4.1. Спроби скоєння або скоєння Застрахованою особою дій, щодо яких правоохоронними або іншими компетентними органами встановлений склад злочину;
- 8.4.2. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом:
- 8.4.2.1. Керувати яким Застрахована особа не мала законних підстав або за відсутності у неї посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії;
- 8.4.2.2. У стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керування транспортним засобом;
- 8.4.3. Перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, якщо Застрахована особа заздалегідь знала, що особа, яка керує таким транспортним засобом:
- 8.4.3.1. Не має законних підстав для керування транспортними засобами або посвідчення водія на право керування транспортним засобом відповідної категорії;
- 8.4.3.2. Перебуває в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи під впливом медикаментів, під час вживання яких заборонено керувати транспортним засобом;
- 8.4.4. Подій, що сталися в результаті психічного розладу;
- 8.4.5. Перебування Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 8.4.6. 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);

- 8.4.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я;
- 8.4.8. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубства, спроби самогубства 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 вчинення;
- 8.4.9. Недотримання правил (норм) техніки безпеки праці або виробничої санітарії, правил пожежної безпеки, правил дорожнього руху;
- 8.4.10. Учасі Застрахованої особи у страйках, заколотах, внутрішніх заворушеннях, диверсіях, актах тероризму, бойових діях, за виключенням випадків виконання Застрахованою особою своїх прямих посадових обов'язків, випадків примусової або випадкової участі;
- 8.4.11. Учасі Застрахованої особи у громадянській війні чи війні з іншими державами, за виключенням випадків виконання Застрахованою особою своїх прямих посадових обов'язків;
- 8.4.12. 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;
- 8.4.13. Використання Застрахованою особою транспортних засобів або знарядь праці, що належать підприємству (організації, установі) з власною корисною метою та (або) без дозволу адміністрації;
- 8.4.14. Професійного або аматорського заняття спортом Застрахованою особою, що здійснюється з метою тренування (підготовки) до участі в будь-яких спортивних змаганнях та/або участі в будь-яких спортивних змаганнях;
- 8.5. На страхування не приймається** особа, яка на момент укладання Договору:
- а) є особою з інвалідністю;
 - б) на час укладання Договору перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована);
 - в) перебуває на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірно-венерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;
 - г) вживала або вживає наркотичні препарати;
 - г) хворіє на ревматизм, ваді серця, гепатит В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефрит, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсію, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренія та інші), венеричні захворювання, СНІД, ВІЛ-інфекцію, алкоголізм, захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами.
- 8.6. 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 8.5 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.
- 8.7. Не вважається страховим випадком подія, що сталася прямо або опосередковано внаслідок/за наявності:
- 8.7.1. Будь-яких військових дій, а також маневрів або інших військових заходів; дії знарядь війни, зброї;
 - 8.7.2. Вторгнення, дії іноземних держав (при оголошенні війни або без оголошення війни), 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;
 - 8.7.3. 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;
 - 8.7.4. Страйків, державних переворотів, актів тероризму, військової диктатури; вилучення, примусового вилучення, мобілізації, реквізиції, арешту, конфіскації, націоналізації, реквізиції, арешту або знищення майна за розпорядженням або рішенням органів державної влади, та інших подібних заходів політичного характеру, які здійснені згідно з розпорядженням військової чи цивільної влади, політичних організацій в країні Страхувальника або за розпорядженням існуючого де-юре, або де-факто уряду чи будь-якого органу влади, або за вимогою представників військової чи цивільної влади;
 - 8.7.5. Впливу ядерної енергії в будь-якій формі, проникаючої радіації, радіоактивного зараження;
 - 8.7.6. Конфіскації, націоналізації, реквізиції, примусового вилучення, у т.ч. з застосуванням насильства та (або) будь-якої зброї, арешту або іншого незаконного обмеження права власності, знищення або пошкодження майна за наказом/ рішенням уряду, органів державної влади або місцевого самоврядування, органів військового управління та інших органів влади, у т. ч. самопроголошених;
 - 8.7.7. Протизаконних дій або бездіяльності державних органів та органів місцевого самоврядування, в тому числі, внаслідок видання протизаконних документів та (або) розпоряджень;
 - 8.7.8. Події, не обумовленої в Договорі як страховий випадок;
 - 8.7.9. Події, що сталася до початку дії Договору, але була виявлена після початку його дії, а також якщо шкода заподіяна після закінчення строку дії Договору;
 - 8.7.10. Події, що сталася поза зазначеним місцем дії Договору.
- 8.8. **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.
- 8.9. Не визнаються страховими випадками події, що сталися внаслідок дії форс-мажорних обставин у місці дії Договору: стихійних або природних явищ, подій, зазначених у п. 8.7 Договору, 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) тощо протягом строку дії Договору.
- 8.10. 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): що пов'язані з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями.
- 8.11. Страховик відшкодовує вартість послуг, наданих ЛПУ приватної форми власності (крім аптек) за цінами і розцінками, що діють в ЛПУ державної/комунальної форми власності на момент надання цих послуг.
- 8.12. Страховик не відшкодовує вартість послуг, наданих ЛПУ приватної форми власності (крім аптек), якщо в ЛПУ державної/комунальної форми власності не надається такий вид послуг або якщо Страхувальник попередньо не погодив зі Страховиком/лікарем Медичного асистансу отримання послуг в ЛПУ приватної форми власності.
- 8.13. Умови, зазначені у п. 8.11, 8.12 Договору, не стосуються аптек приватної форми власності.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;

9.1.2. Організувати надання медичної допомоги, медичних та інших послуг в ЛПУ державної/комунальної форми власності 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;

9.1.3. 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);

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

9.1.5. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату 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;

9.1.6. 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;

9.1.7. 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;

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

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

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

9.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

9.2.1. Своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові платежі;

9.2.2. Під час укладання 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 оцінки ступеня страхового ризику (в т.ч. такі, які протягом дії Договору змінилися настільки, що, якби вони були відомі під час укладання 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 зміни 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. 8.1, 8.5 Договору.

9.2.3. При укладанні цього Договору письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, укладені щодо предмета Договору, і надалі письмово інформувати про всі договори страхування щодо предмету Договору, що укладаються;

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

9.2.5. 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;

9.2.6. Якщо після здійснення страхової виплати 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, Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику виплачену страхову виплату протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги Страховика;

9.2.7. Повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, у строк, передбачений п. 10.1 Договору, і діяти згідно з умовами, визначеними у п. 10 Договору;

9.2.8. 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/Медичного асистансу про готовність відшкодувати витрати за послуги, що потрібно надати цій особі;

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

9.2.10. Виконувати всі рекомендації Страховика або його представника (лікаря, лікаря 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 відшкодовує витрати за цим страховим випадком, включаючи додаткові витрати, пов'язані з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

9.2.11. Надати Страховику заяву про здійснення страхової виплати 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;

9.2.12. 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, що можуть мати відношення до страхової виплати, повинні бути доступні для перевірки Страховиком у будь-який момент;

9.2.13. Якщо після прийняття рішення про здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати права на її (його) отримання – повернути Страховику страхову виплату 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 Страховикові, і суми страхової виплати за цим страховим випадком) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

9.3. Страховик має право:

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

9.3.2. 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;

9.3.3. 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. Зазначені дії Страховика не є підставою для визнання Страховиком події страховим випадком;

9.3.4. 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;

9.3.5. У разі зміни обставин, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику, зазначених у п. 9.2.2 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;

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

9.3.7. 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);

9.3.8. Відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені умовами Договору;

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

9.3.10. 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. агтекою):

– 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.

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

9.3.12. До моменту отримання усіх документів із переліку, визначеному у п. 11 Договору, або документів, оформлених з порушенням вимог, зазначених в Договорі, не приймати рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

9.3.13. 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 збитків, завданих настанням події – у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та оплату послуг та які зазначені в п. 11 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.

9.4. Страхувальник має право:

9.4.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами;

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

9.4.3. 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;

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

9.4.5. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату або її розмір.

9.4.6. У разі настання страхового випадку отримати медичну допомогу, медичні та інші послуги належної якості та в обсязі, передбачених Договором, або отримати страхову виплату відповідно до умов Договору.

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

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МОЖЕ БУТИ ВИЗНАНА СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ

10.1. У разі розладу здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком, та для отримання медичної допомоги та медичних та інших послуг Застрахована особа повинна звернутися до Страховика за номером телефону, зазначеним у частині 1 Договору, до диспетчерського пункту Медичного асистансу Страховика або безпосередньо до служби медичної допомоги (якщо на момент настання страхового випадку зв'язок із Страховиком/Медичним асистансом був неможливий) – за необхідності надання Застрахованій особі невідкладної стаціонарної медичної допомоги при гострому захворюванні, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку або загостренні хронічного захворювання, що загрожує її життю. Застрахована особа зобов'язана повідомити лікарю Медичного асистансу Страховика своє прізвище, ім'я та по батькові, номер Договору, причину звернення (скарги), контактний телефон. Визначення ЛПУ державної/комунальної форми власності, у якому будуть надані послуги Застрахованій особі, здійснює лікар Медичного асистансу Страховика.

10.2. Якщо страховий випадок стався протягом перших 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня набуття чинності Договором Застрахована особа повинна звернутися до ЛПУ державної/комунальної форми власності 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. 11 Договору про відшкодування витрат за сплачені нею послуги. Страхова виплата у цьому випадку здійснюється на умовах п. 12.3.2 Договору.

10.3. Якщо Застрахованій особі була необхідна невідкладна стаціонарна медична допомога, а повідомити про це було неможливо до початку її отримання, таке повідомлення повинно бути передане Медичному асистансу Страховика негайно, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту, як тільки це стане можливим. 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 припустимим у випадку, коли Застрахована особа не мала можливості повідомити Страховика з об'єктивних причин (була непритомною, знаходилася у стані амнезії тощо), що повинно бути підтверджено відповідним документом ЛПУ.

10.4. При зверненні до ЛПУ державної/комунальної форми власності 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.

10.5. Страховик відшкодовує вартість призначених лікарем медикаментів при невідкладному стаціонарному лікуванні, що зареєстровані як лікарські засоби в Україні та входять до Державного реєстру лікарських засобів, при лікуванні гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.

10.6. Страховик забезпечує (відшкодовує) лікування не більше одного загострення кожного хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, в межах одного курсу стаціонарного лікування протягом періоду дії Договору.

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

10.8. Застрахована особа має право звернутися до ЛПУ державної/комунальної форми власності, що не входить до переліку Страховика, за необхідності отримання невідкладної стаціонарної допомоги, та у випадку неможливості Страховиком організувати необхідну медичну допомогу або медичні та інші послуги в ЛПУ державної/комунальної форми власності 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. 11 Договору Страховику про відшкодування витрат за сплачені 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.

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

10.9.1. 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 його стану здоров'я, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховику;

10.9.2. Забезпечити виконання призначення лікаря, докласти всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру шкоди.

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

11.1. Для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення виплати або відмову здійснити виплату та визначення її розміру Страховальник (Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховикові такі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України:

11.1.1. Заяву про настання події, що може бути визнана Страховиком страховим випадком, за формою, встановленою Страховиком;

11.1.2. Заяву про страхову виплату (виплату страхового відшкодування) за формою, встановленою Страховиком;

11.1.3. Договір або його дублікат, що належить Страховальнику;

11.1.4. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати та підтверджують її право на отримання страхової виплати;

11.1.5. Інші документи, передбачені у пп. 11.2 Договору.

11.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком в межах страхової суми, передбаченої п. 1.3 Договору, у розмірі вартості послуг, наданих ЛПУ:

- через Асистанс Страховика - шляхом оплати вартості послуг, наданих ЛПУ;

- безпосередньо Застрахованій особі (одержувачу страхової виплати), яка за погодженням зі Страховиком (Асистансом) самостійно оплатила вартість одержаних медичних послуг та медикаментів. У такому разі страхова виплата здійснюється на підставі документів:

11.2.1. Довідки лікаря ЛПУ (виписки з історії хвороби стаціонарного хворого, акту виконаних робіт тощо) з визначенням діагнозом, датою звернення до ЛПУ, переліком наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим заховорюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

11.2.2. 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) тощо, про оплату отриманих медичних та інших послуг;

11.2.3. 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);

11.2.4. У разі придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа надає виписку з історії хвороби стаціонарного хворого із зазначенням медикаментів, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування, та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів додатково надається товарний чек);

11.2.5. 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;

11.2.6. 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);

11.2.7. Копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати, та копію довідки державної адміністрації про присвоєння одержувачу виплати реєстраційного номера облікової картки платника податків (далі – РНОКПП) (у разі наявності РНОКПП). У разі отримання виплати довіреною особою Застрахованої особи – довіреності, яка видана Застрахованою особою і оформлена ним в установленому порядку, копії довідки державної податкової інспекції про присвоєння РНОКПП (у разі наявності) та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю.

11.2.8. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення та розрахунок розміру страхової виплати або про відмову здійснити виплату.

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

11.3.1. 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;

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

11.3.3. Квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;

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

11.3.5. 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 Страховальнику послуг або медикаментів;

11.3.6. Копії фінансових документів.

11.4. Зазначені у пп. 11.1, 11.2. 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.

11.5. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутній номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), рішення про здійснення виплати 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 протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

11.6. 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.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

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

12.2. З метою прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховальник (одержувач страхової виплати) повинен надати Страховикові документи, передбачені п. 11 Договору.

12.3. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаної Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та інших послуг (в т.ч. медикаментів) у межах страхової суми відповідно до умов Договору. Страхові виплати можуть бути здійснені:

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

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

12.4. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість одержаних медичних та інших послуг (в т.ч. придбав медикаменти), Страховик здійснює страхову виплату, розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати та передбачені у п. 11 Договору.

12.5. Ліміт зобов'язань Страховика по страховій виплаті становить 5000,00 грн (п'ять тисяч грн 00 коп) на один і кожний страховий випадок.

12.6. 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. 11 Договору, Страховик:

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

12.6.2. 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;

12.6.3. Приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати згідно з п. 12.8 Договору та письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття.

12.7. 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 Застрахованій особі відшкодується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

12.8. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:

12.8.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником/Застрахованою особою відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у її здійсненні) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організації, 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. 11 Договору;

12.8.2. 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. 11 Договору;

12.8.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника 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.

12.9. При медичному страхуванні Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний(а) відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості послуг ЛПУ, наданих внаслідок:

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

12.9.2. Отримання Страхувальником/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;

12.9.3. 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;

12.9.4. Отримання послуг, вартість яких перевищує страхову суму за Договором;

12.9.5. Отримання страхової виплати на умовах п. 12.3.2 Договору в разі надання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт сплати послуг за власний рахунок.

12.10. Витрати Страховика, зазначені в п. 12.9 цього Договору, мають бути відшкодовані 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. 14.15 Договору щодо такої Застрахованої особи з дня, наступного за останнім днем строку відшкодування зазначених витрат.

12.11. 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 відносно конкретної Застрахованої особи на умовах п. 14.15 Договору.

12.12. При медичному страхуванні у разі здійснення страхової виплати Договір продовжує свою дію, але розмір страхової суми зменшується на розмір здійсненої виплати.

12.13. Страховик з метою прийняття рішення про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати 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/Застрахованою особою необхідних документів, відомостей, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір завданого збитку.

12.14. Протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком документів, передбачених п. 11 Договору, та відповідей 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 цим 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:

12.14.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати та складає страховий акт. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складання страхового акта;

12.14.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову здійснити виплату та протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника в письмовій формі з обґрунтуванням причини.

12.15. Загальний розмір виплат при настанні декількох страхових випадків не може перевищити відповідну страхову суму, зазначену у п. 1.3 Договору.

12.16. Розмір виплат по одному страховому випадку не може перевищити ліміту зобов'язань Страховика, вказаному у п. 12.5 Договору.

13. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1. Навмисні дії Страхувальника/Застрахованої особи, 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;

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

13.1.3. Надання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку, а також приховування відомостей щодо настання страхового випадку;

13.1.4. Неповідомлення Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;

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

13.1.6. Невиконання Страхувальником зобов'язань згідно з пп. 9.2 і 10 Договору;

13.1.7. Настання страхового випадку внаслідок причин, які є виключенням зі страхових випадків та (або) обмеженням страхування згідно з п. 8 Договору;

13.1.8. Інші випадки, передбачені законом.

14. МІСЦЕ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ СТРОКУ ДІЇ ДОГОВОРУ

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

- 14.2. 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.
- 14.3. Договір набирає чинності та страховий захист за Договором починає діяти з 00 год. 00 хв. дати, зазначеної у п. 4.2 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. 4.1 Частини 1 Договору, та в строк, зазначений у п. 4.1 Частини 1 Договору, та діє до 24 год. 00 хв. дати закінчення строку дії Договору.
- 14.4. При несплаті страхового платежу у розмірі і в строк, визначені згідно з п. 4 Частини 1 Договору, цей Договір вважається таким, що не набрав чинності.
- 14.5. Зміни та доповнення до умов Договору протягом періоду його дії вносяться за згодою Сторін на підставі письмової заяви однієї зі Сторін шляхом укладання додаткового договору до Договору або переукладання Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною.
- 14.6. Додатковий договір до цього Договору є невід'ємною частиною Договору й складається в кількості примірників Договору.
- 14.7. 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.
- 14.8. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, Договір продовжує діяти на попередніх умовах.
- 14.9. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: закінчення строку дії Договору; виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі; ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; смерті Страхувальника – 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.
- 14.10. Якщо за результатами звітного періоду дії Договору, рівень збитковості, який розраховується як відношення суми фактичних і заявлених страхових виплат до фактично сплаченого страхового платежу, дорівнює або перевищує 0,7, Сторони укладають додатковий договір до цього Договору з метою збільшення страхового платежу. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до умов цього Договору та сплати додаткового страхового платежу протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання письмової вимоги Страховика, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань згідно з умовами Договору.
- 14.11. Дію Договору може бути припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. У такому разі Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору (Страховик або Страхувальник) направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менше ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору.
- 14.12. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 65 % страхового платежу і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.
- 14.13. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.
- 14.14. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.
- 14.15. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, у розмірі 65 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.
- 14.16. Належна до повернення частина страхового платежу повинна бути виплачена протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дати припинення строку дії цього Договору.
- 14.17. Остаточний розрахунок між Сторонами у разі дострокового припинення дії Договору здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків: здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату.
- 14.18. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов цього Договору, вирішуються Сторонами в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

15. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

- 15.1. **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.
- 15.2. **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.
- 15.3. **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.
- 15.4. **Нешасний 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, розтяги 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.
- 15.5. **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, судоми, порушення серцевого ритму, гострі та раптові болі будь-якої локалізації, кровотечі, отруєння та травми, що вимагають невідкладної допомоги та консультації лікаря).
- 15.6. **Страховий захист** – зобов'язання Страховика, визначені Договором, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в обумовлений цим Договором відрізок часу.
- 15.7. **Ліміт зобов'язань Страховика** – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- 15.8. **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.
- 15.9. **Медичні та інші послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні процедури та лікувальні маніпуляції, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, передбачені Договором.

15.10. **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.

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

15.12. **ЛПУ (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: травмпункти, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, аптеки тощо.

15.13. **ЛПУ з переліку Страховика** – ЛПУ, з якими Медичний асистент Страховика уклав договір про співпрацю та які відповідають вимогам п. 15.12 Договору, та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до умов Договору.

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

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

15.15. **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.