

1. Визначення термінів.

- 1.1. На умовах цього Договору Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг, передбачених умовами Договору, наданих Застрахованим особам відповідно до обраних Страхувальником Програм добровільного медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору.
- 1.2. Визначення термінів, які слід розуміти в контексті даного Договору:
 - 1.2.1. Страховик - юридична особа, що здійснює страхову діяльність у відповідності до отриманих ліцензій.
 - 1.2.2. Страхувальник - це юридична або фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування та зобов'язана сплачувати страхові внески відповідно до Закону України.
 - 1.2.3. Застрахована особа - фізична особа, про страхування якої укладено Договір.
 - 1.2.4. Договір страхування (надалі - Договір) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни та виконувати інші умови Договору.
 - 1.2.5. Медичне страхування - вид добровільного особистого страхування на випадок втрати здоров'я від хвороби або внаслідок нещасного випадку. Договір добровільного медичного страхування укладається в груповому чи індивідуальному порядку, гарантуючи Застрахованим особам отримання медичної допомоги в обсягах і на умовах, визначених Договором та Програмою страхування.
 - 1.2.6. Програма добровільного медичного страхування (надалі – Програма страхування) – перелік медичних та інших послуг, що надаються Застрахованим особам за Договором страхування. Для кожної Застрахованої особи Програма страхування визначається Додатками №1 та №2 до Договору, детальний опис Програм страхування наведений в Частині «В» Договору.
 - 1.2.7. Асистанський центр Страховика - структурний підрозділ Страховика, який здійснює обслуговування Застрахованих осіб у відповідності до умов даного Договору.
 - 1.2.8. Хронічне захворювання – це захворювання, що має затяжний перебіг або повільний розвиток. При хронічному захворюванні патологічні зміни (морфологічні зміни та/або функціональні розлади) тканин та органів присутні завжди, як в період загострення, так і в період ремісії. Хронічне захворювання характеризується періодами загострення та періодами затухання хвороби (ремісією).
 - 1.2.9. Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до настання періоду ремісії. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу) та загрози життю.
 - 1.2.10. Гостре захворювання – несподіване, різке погіршення стану здоров'я, яке потребує надання медичної допомоги і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до загрози життю.
 - 1.2.11. Нещасний випадок - раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи людини сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, небоброякісними продуктами харчування.
 - 1.2.12. Індивідуальна пластикова картка застрахованої особи (далі – індивідуальна пластикова картка) - картка формату А7 - А8, виготовлена з пластику, ламінованого паперу, картону та інших подібних матеріалів, яка надається Страховиком кожній застрахованій особі при страхуванні за Програмами добровільного медичного страхування. На індивідуальній пластиковій картці застрахованої особи, як правило вказується така інформація: індивідуальний порядковий номер картки, номер Договору та термін його дії, контактний телефон Асистанського центру Страховика, реквізити та контакти Страховика.

2. Застраховані особи.

- 2.1. Страхувальник може укласти Договір страхування на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою.
- 2.2. У випадку страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) Страхувальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих осіб на страхування на умовах даного Договору.
- 2.3. Страхувальник може укласти договір страхування на власну користь, в такому випадку він є Застрахованою особою.
- 2.4. Застрахованим особам Страховиком видаються індивідуальні пластикові картки. До отримання Застрахованою особою індивідуальної пластикової картки обслуговування можливе при умові повідомлення про це Асистанського центру Страховика та після пред'явлення документу, який засвідчує особу, в медичному закладі. Індивідуальна пластикова картка не може використовуватись іншими особами з метою отримання ними медичних послуг.

- 2.5. При втраті індивідуальної пластикової картки Застрахована особа зобов'язана негайно сповістити про це Страховика. Втрачена індивідуальна пластикова картка вважається недійсною і замінюється Страховиком на дублікат.

3. Страхові ризики.

- 3.1. Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

4. Причини відмови у страховій виплаті:

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- 4.1.1. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору (в тому числі подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я Застрахованої особи на час укладання Договору) або про факт настання страхового випадку;
- 4.1.2. навмисні дії Застрахованої особи, на користь якої укладено Договір, 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) крайньої необхідності або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Застрахованої особи встановлюється відповідно до Закону України;
- 4.1.3. вчинення Застрахованою особою умисного правопорушення, що призвело до страхового випадку;
- 4.1.4. недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, передбаченого даним Договором без поважних на це причин;
- 4.1.5. настання подій, які не можуть бути визнані страховими випадками згідно з умовами цього Договору;
- 4.1.6. недотримання Застрахованою особою режиму лікувального (профілактичного) закладу, призначеного лікування;
- 4.1.7. несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою Асистанського центру Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 4.1.8. неузгодження Застрахованою особою дій щодо страхового випадку (звернення та/або лікування в медичних установах без узгодження з Асистанським центром Страховика);
- 4.1.9. невиконання вказівок Асистанського центру Страховика, без поважних на це причин;
- 4.1.10. отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
- 4.1.11. використання індивідуальної пластикової картки особою, яка не є власником індивідуальної пластикової картки, з метою отримання нею медичних послуг;
- 4.1.12. ненадання або несвоєчасне подання Страховику документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення виплати страхового відшкодування У випадках, коли Застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги в рамках Програми страхування за погодженням з Асистанським центром Страховика;
- 4.1.13. настання страхового випадку після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика;
- 4.1.14. інші випадки, передбачені Законом.

5. Дії Застрахованої особи при настанні випадку, що має ознаки страхового.

- 5.1. При настанні випадку, що має ознаки страхового, Застрахована особа зобов'язана негайно зателефонувати до Асистанського центру Страховика за телефоном, що вказаний в індивідуальній пластиковій картці. Та повідомити, наступну інформацію:
 - 5.1.1. номер пластикової картки;
 - 5.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
 - 5.1.3. місце роботи Застрахованої особи;
 - 5.1.4. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги.Таке звернення від імені ЗО може бути здійснено через інших осіб (членів сім'ї, колег на роботі, знайомих або інших осіб (в залежності від стану здоров'я Застрахованої особи)).
- 5.2. Медична допомога за умовами Договору надається при наявності індивідуальної пластикової картки та/або документу, що посвідчує особу.
- 5.3. Асистанський центр Страховика проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає консультації та, у разі необхідності, скеровує Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанського центру Страховика.
- 5.4. Застрахована особа обслуговується тільки в медичних закладах за направленням Асистанського центру Страховика, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

- 5.5. Якщо Програмою страхування передбачена франшиза, Застрахована особа повинна оплатити частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У виключних випадках (коли медичний/аптечний заклад не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи), Страховик має право вимагати від Застрахованої особи повної оплати вартості медичних послуг, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Асистанським центром Страховика до надання таких послуг.
- 5.6. У виключних випадках (невідкладна медична допомога), або у випадках, передбачених Програмою страхування, Застрахована особа може отримати послуги в медичному закладі, з яким у Страховика немає договірних відносин, про що вона повинна при першій нагоді повідомити Страховика.
- 5.7. У випадку відсутності в регіоні, де проживає Застрахована особа, медичних закладів, з якими співпрацює Страховик, Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги, про що вона попереджає Асистанський центр Страховика за телефоном. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором.
- 5.8. У випадку неможливості з'явитись на призначений прийом (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста та інше), ЗО зобов'язана негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше ніж за 4 години до призначеного прийому, попередити Асистанський центр Страховика про скасування призначеного прийому (огляду, консультації, медичної маніпуляції, візиту до вузькопрофільного спеціаліста та інше).

6. Порядок та умови здійснення страхової виплати.

- 6.1. У випадку організації послуг Асистанським центром Страховика,
 - 6.1.1. страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість, шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках вибраної Програми страхування та за умови виконання умов цього Договору Застрахованою особою;
 - 6.1.2. конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати визначений договорами між Страховиком та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.
- 6.2. У випадках, коли Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги в рамках Програми страхування, і це було передбачено Договором та/або погоджено з Асистанським центром Страховика, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі (або Вигодонабувачу) на підставі наступних документів:
 - 6.2.1. заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);
 - 6.2.2. ксерокопії Договору (пластикової картки);
 - 6.2.3. ксерокопії паспорта (1,2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) особи, що отримує страхову виплату;
 - 6.2.4. ксерокопії довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру особи, що отримує страхову виплату;
 - 6.2.5. у випадку придбання медикаментів в аптеках, додатково до вищезазначених документів, надається:
 - 6.2.5.1. касовий (фіскальний) чек;
 - 6.2.5.2. товарний чек із зазначенням прізвища Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи або штампом "Оплачено", ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек;
 - 6.2.5.3. рецепт на медикаменти та/або засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, прізвище пацієнта, печатку, ПІБ та підпис лікаря, що виписав рецепт;
 - 6.2.5.4. консультативний висновок, копії або витяги з амбулаторної карти або з історії хвороби (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу), що підтверджують необхідність придбання відповідних медикаментів та/або засобів медичного призначення.
 - 6.2.6. У разі самостійного звернення в медичні заклади, додатково до вищезазначених документів, надається:
 - 6.2.6.1. касовий (фіскальний) чек та товарний чек або квитанція про сплату (прибутково-касовий ордер) з переліком і вартістю наданої медичної допомоги (актом виконаних робіт), печаткою лікувальної установи із зазначенням ПІБ та підписом особи, що видала вищезазначені документи (крім касового чека). При зверненні до спеціаліста-суб'єкта підприємницької діяльності – свідоцтво про державну реєстрацію СПД (копія), довідка з Державного комітету Статистики України (копія), в якій вказані види діяльності підприємця, копія ліцензії на медичну практику (якщо діяльність вимагає ліцензії), копія свідоцтва платника податку (за наявності), витяг з прейскуранту;

- 6.2.6.2. консультативний висновок, копія або витяг з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування), що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг (з підписом та печаткою лікаря).
- 6.3. Всі документи мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу, що надав послуги. Якщо зазначені в п.6.2 документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), виплата страхового відшкодування не здійснюється до ліквідації цих недоліків.
- 6.4. Застрахована особа має подати заяву на отримання виплати страхового відшкодування у термін до 30 (тридцяти) календарних днів після отримання медичних послуг. У разі перевищення цього терміну, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.
- 6.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.
- 6.6. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком після отримання останнього документу протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів.
- 6.7. Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті.
- 6.8. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених зі Страховиком.
- 6.9. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором для цієї Застрахованої особи, та встановлені Програмою страхування ліміти по окремим видам допомоги.

7. Порядок зміни і припинення дії Договору.

- 7.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін.
- 7.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 15 робочих днів до запропонованого терміну внесення змін.
- 7.3. Всі зміни до Договору мають бути оформлені, як Додаткові угоди до Договору, які є його невід'ємними частинами з дати підписання.
- 7.4. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін в Договір в 5-ти денний строк від дати одержання повідомлень про зміни, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення дії Договору.
- 7.5. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 7.5.1. закінчення строку дії Договору;
 - 7.5.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 7.5.3. несплати Страхувальником страхового платежу (частки страхового платежу) за письмовою вимогою Страховика протягом 5-ти робочих днів з дня відправлення такої вимоги Страхувальнику;
 - 7.5.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";
 - 7.5.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 7.5.6. прийняття судового рішення про визначення Договору недійсним;
 - 7.5.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 7.6. Дію Договору може бути достроково припинено в односторонньому порядку за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 7.7. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:
- 7.7.1. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу (30%), фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору;
 - 7.7.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 7.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:
- 7.8.1. Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі;
 - 7.8.2. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу (30%), фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору.

7.9. По відношенню до однієї Застрахованої особи дія Договору припиняється у випадку:

- 7.9.1. смерті Застрахованої особи;
- 7.9.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі;
- 7.9.3. за вимогою Страхувальника або Страховика;
- 7.9.4. в інших випадках, передбачених законодавством України.

8. Права та обов'язки Сторін.

8.1. Страхувальник має право:

- 8.1.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору;
- 8.1.2. на внесення змін або доповнень до умов Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
- 8.1.3. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
- 8.1.4. на отримання дублікату Договору або частини Договору у разі втрати оригіналу;
- 8.1.5. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
- 8.1.6. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 8.2.1. вносити страхові платежі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором страхування;
- 8.2.2. при укладанні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (інформацію про стан здоров'я та захворюваність осіб, щодо яких буде укладено Договір страхування, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, про наявність недієздатних або обмежено дієздатних осіб, що підлягають страхуванню тощо);
- 8.2.3. під час дії Договору інформувати Страховика про будь-які зміни страхового ризику (зміни стану здоров'я та захворюваності серед Застрахованих осіб, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, про наявність недієздатних або обмежено дієздатних осіб, що підлягають страхуванню тощо), а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованих осіб;
- 8.2.4. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;
- 8.2.5. ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування, програмами страхування та порядком надання медичної допомоги;
- 8.2.6. дотримуватись умов Договору.

8.3. Страховик має право:

- 8.3.1. перевіряти надану Страхувальником при укладанні Договору інформацію про стан здоров'я Застрахованих осіб;
- 8.3.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;
- 8.3.3. перевіряти надану інформацію та вимагати для уточнення діагнозу додаткові медичні документи, а також направити Застраховану особу до власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;
- 8.3.4. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених даним Договором;
- 8.3.5. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

8.4. Страховик зобов'язаний:

- 8.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;
- 8.4.2. видати Страхувальнику пластикові картки на кожну Застраховану особу, що вказані в Частині А Договору. Картка засвідчує право Застрахованої особи на отримання медичних послуг на умовах цього Договору;
- 8.4.3. протягом 2-х робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 8.4.4. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;
- 8.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника/Застраховану особу та її/його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9. Права та обов'язки Застрахованих осіб.

9.1. Застрахована особа має право:

- 9.1.1. на отримання дублікату Договору, частини Договору або картки Застрахованої особи, у разі втрати оригіналу;
- 9.1.2. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
- 9.1.3. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку.

9.2. Застрахована особа зобов'язана:

- 9.2.1. при укладанні Договору надати інформацію про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (інформацію про стан здоров'я Застрахованих осіб);
- 9.2.2. під час дії Договору інформувати Страховика про будь-які зміни страхового ризику, а також про зміну прізвища, адреси, інших реквізитів Застрахованої особи;
- 9.2.3. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 9.2.4. дотримуватись умов Договору, в тому числі щодо дій Застрахованої особи при настанні страхового випадку;
- 9.2.5. дотримуватися рекомендацій лікаря та режиму лікувально-профілактичних закладів, в яких Застрахована особа перебуває за направленням Асистанського центру Страховика.

9.3. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені цим Договором, здійснюють її батьки або опікуни.

10. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору.

- 10.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 10.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла на момент прострочення платежу.

11. Порядок вирішення суперечок.

- 11.1. Суперечки по даному Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до законодавства України.

12. Інші умови.

- 12.1. Підписанням даного Договору Страхувальник/Застрахована особа надає свою згоду на те, що Страховик може з метою провадження своєї страхової діяльності, в тому числі і з метою належного виконання взятих на себе зобов'язань за Договором здійснювати обробку персональних даних* Страхувальника/Застрахованої особи в розумінні Закону України «Про захист персональних даних». Дана згода також поширюється і на обробку персональних даних Страхувальника/Застрахованої особи будь-якими третіми особами (асистуючими компаніями, перестраховиками, іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних із персональними даними та ін.), яким Страховик надав таке право згідно вимог законодавства України.
- 12.2. У випадку страхування Застрахованих осіб, Страхувальник підтверджує те, що він отримав письмову згоду Застрахованих осіб, зазначених в Частині А Договору, на страхування на умовах даного Договору та на обробку Страховиком персональних даних* Застрахованих осіб в розумінні Закону України «Про захист персональних даних», з метою провадження Страховиком своєї страхової діяльності, в тому числі і з метою належного виконання взятих на себе Страховиком зобов'язань за Договором страхування. Зазначене вище підтвердження Страхувальника щодо згоди на обробку персональних даних також поширюється і на обробку персональних даних Застрахованих осіб будь-якими третіми особами (асистуючими компаніями, перестраховиками, іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних із персональними даними та ін.), яким Страховик надав таке право згідно вимог законодавства України.

* Під персональними даними розуміються всі відомості, які Страхувальник надав Страховику при укладенні Договору, в тому числі відомості, які було надано Страхувальником про Вигодонабувача (Вигодонабувачів), Застраховану особу(Застрахованих осіб).

- 12.3. Підписанням даного Договору страхування Страхувальник надає свою згоду на те, що на його адресу Страховик має право надсилати будь-які відомості інформативного характеру (інформацію). Дана інформація може також надсилатись Страховиком Страхувальнику у вигляді електронних повідомлень на електронну адресу його електронної пошти, за допомогою телефонного зв'язку, рухомого (мобільного) зв'язку (в тому числі шляхом надсилання текстових повідомлень).
- 12.4. Підписанням даного Договору страхування Страхувальник підтверджує, що він отримав письмову згоду Застрахованих осіб на те, що Страховик на їх адресу має право надсилати будь-які відомості інформативного характеру (інформацію). Зазначене вище підтвердження Страхувальника означає також і те, що інформація може надсилатись Страховиком Застрахованим особам у вигляді електронних повідомлень на електронну адресу їх електронної пошти, за допомогою телефонного зв'язку, рухомого (мобільного) зв'язку (в тому числі шляхом надсилання текстових повідомлень).
- 12.5. Підписанням даного Договору страхування Страхувальник підтверджує те, що йому до укладення зазначеного Договору страхування Страховиком було додатково надано наступну інформацію: про фінансову послугу, що пропонується Страховиком, із зазначенням вартості цієї послуги; умови надання додаткових фінансових послуг та їх вартість; порядок сплати податків і зборів за рахунок Страхувальника в результаті отримання фінансової послуги (зазначена інформація надається у випадку, коли Страхувальником є фізична особа); правові наслідки та порядок здійснення розрахунків із Страхувальником внаслідок дострокового припинення надання фінансової послуги (зазначена інформація надається у випадку коли Страхувальником є фізична особа); механізм захисту

- Страховиком прав споживачів та порядок урегулювання спірних питань, що виникають у процесі надання фінансової послуги; реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів; розмір винагороди Страховика, у разі, коли він пропонує фінансові послуги, що надаються іншими фінансовими установами.
- 12.6. Договір укладено в двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної Сторони.
 - 12.7. Договір страхування складається з невід'ємних від Договору страхування частин:
 - 12.7.1. Частини «А» Договору «Страховий сертифікат».
 - 12.7.2. Частини «Б» Договору – Публічна оферта.
 - 12.8. Підписанням даного Договору Страхувальник підтверджує, що ознайомлений та згоден з Правилами, Умовами страхування, Програмою страхування та цією Публічною офертою.

13. Опис програм страхування.

13.1. Невідкладна медична допомога.

13.2. Дана програма передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

13.3. Невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

13.4. За умовами даного Договору для всіх Програм страхування передбачено включення повної діагностики та лікування на випадок виявлення у Застрахованій особі коронавірусної інфекції (COVID-19).

13.5. В рамках даної програми Страховик організовує та фінансує наступні послуги:

13.5.1. виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа;

13.5.2. виїзд спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої невідкладної медичної допомоги;

Рішення про необхідність виїзду спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги приймається лікарем Асистанського центру Страховика або лікарем звичайної бригади невідкладної медичної допомоги!

13.5.3. реанімаційні заходи;

13.5.4. діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;

13.5.5. медикаментозне забезпечення, виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);

13.5.6. транспортування до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

13.5.7. транспортування з одного медичного закладу в інший, за медичними показаннями;

13.5.8. транспортування до травмпункту, якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги;

13.5.9. транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності стаціонарної медичної допомоги;

13.5.10. транспортування з травмпункту до місця мешкання Застрахованій особі у випадку травмування нижньої кінцівки або у випадку, коли за медичними показниками Застрахованій особі рекомендовано ліжковий режим.

14. Невідкладна стаціонарна допомога.

14.1. Дана програма передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають невідкладної медичної допомоги в таких умовах, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

14.2. Прийняти рішення про необхідність невідкладної госпіталізації може тільки лікар (лікар бригади швидкої або невідкладної медичної допомоги, лікар поліклініки).

14.3. В рамках даної програми Страховик організовує та фінансує наступні послуги:

14.3.1. перебування Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами;

14.3.2. при здійсненні невідкладної госпіталізації умови перебування в стаціонарі можуть не співпадати зі стандартами обслуговування, які передбачені для даної програми, оскільки пріоритетним є надання Застрахованій особі допомоги відповідного профілю. В будь-якому випадку, Страховик прикладатиме всіх зусиль по забезпеченню відповідних умов перебування Застрахованій особі в даному медичному закладі;

14.3.3. харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;

14.3.4. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

14.3.5. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

14.3.6. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;

14.3.7. консультації провідних/головних спеціалістів, к.м.н., професорів;

14.3.8. терапевтичне лікування, оперативні втручання, анестезіологічна допомога;

14.3.9. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;

- 14.3.10. забезпечення необхідними засобами особистого догляду (сечо- та калоприймачами, підгузками, одноразовим одягом, одноразовими серветками, простиррадлами та іншим) в об'ємі, необхідному для проведення оперативного втручання, або на час перебування в реанімаційній палаті, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 14.3.11. лікування в цілодобовому стаціонарі гормональними препаратами;
- 14.3.12. лікування в цілодобовому стаціонарі моновітамінами та вітамінними комплексами, якщо вони призначені лікуючим лікарем;
- 14.3.13. фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, мануальна терапія, підводне витягання, лікувальний масаж, лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу, або, як частина профілактики ускладнень (в т.ч., пролежнів) у важкохворих осіб;
- 14.3.14. перебування одного з батьків в стаціонарі разом з дитиною, яка є Застрахованою особою за Договором, і вік якої менше повних шести років (Страховиком сплачується тільки вартість ліжка-місця та харчування);
- 14.3.15. транспортування з одного медичного закладу в інший за медичними показниками;
- 14.3.16. експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів Застрахованій особі (тільки у випадках, коли Застрахована особа обслуговується в медичному закладі, що має право на видачу листів тимчасової непрацездатності);
- 14.3.17. експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів одному з батьків Застрахованої дитини, лише за умови, що Застрахована дитина обслуговується в медичному закладі, що має право на видачу листів тимчасової непрацездатності, та один з батьків є Застрахованою особою;
- 14.3.18. надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, якщо Застрахована особа – дитина.

Увага! В тих випадках, коли Застрахована особа знаходиться на стаціонарному лікуванні, та дія договору страхування закінчується, Страховик продовжує сплачувати медичні послуги в межах та за умовами даної Опції, протягом 14 днів (після закінчення дії Договору).

15. Винятки зі страхового покриття

Якщо інше не обумовлено Програмою страхування, Страховик не організовує та не здійснює фінансування (окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах опції «Невідкладна медична допомога», за умови, що дана опція включена в Програму страхування для Застрахованої особи):

15.1. Будь-якої діагностики, лікування та корекції наступних захворювань та станів:

- 15.1.1. чоловічої/жіночої безплідності, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій;
- 15.1.2. в гінекології/урології:
 - 15.1.2.1. класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ;
 - 15.1.2.2. інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві конділоми, контагіозний моллюск;
 - 15.1.2.3. папіломавірусних інфекцій, ТОРЧ-інфекцій (токсоплазмозу, цитомегаловірусу, вірусу краснухи, вірусу герпесу), вірусу Епштейн-Барра;
 - 15.1.2.4. запальних захворювань сечостатевих органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в п.1.2.1. – 1.2.3., до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень.
- 15.1.3. пов'язаних з порушеннями обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну та інші);
- 15.1.4. вроджених аномалій, вад розвитку, спадкових захворювань (генних, геномних, хромосомних);
- 15.1.5. короткозорості (міопії), далекозорості (гіперметропії), астигматизму, катаракти, глаукоми, «комп'ютерного зорового синдрому», синдрому «сухості очей», інших порушень функції зору; халязіон (окрім випадків запалення);

- 15.1.6. психічних захворювань, депресивних станів, психологічних проблем, порушень мови, алкогольної, тютюнової та іншої залежності, абстинентного синдрому, детоксикаційної терапії, неврозів, неврастенії, синдрому хронічної втоми;
- 15.1.7. які стали наслідком навмисного заподіяння своєму здоров'ю шкоди чи тілесних пошкоджень;
- 15.1.8. які пов'язані з війною, тероризмом, громадськими заворушеннями;
- 15.1.9. вірусного імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі Синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням, інших імунodefіцитних станів;
- 15.1.10. глисних інвазій;
- 15.1.11. професійних хвороб, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);
- 15.1.12. які стали причиною встановлення групи інвалідності Застрахованій особі, у випадку встановлення групи інвалідності до початку укладання Договору страхування;
- 15.1.13. променевої та кесонної хвороб;
- 15.1.14. особливо небезпечних інфекцій: чуми, холери, натуральної віспи, геморагічної лихоманки; лихоманки Ебола; лепри;
- 15.1.15. хронічних хвороб в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 15.1.16. імунної системи;
- 15.1.17. доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ушкодження, запалення);
- 15.1.18. шкіри та придатків шкіри (псоріаз, екзема, вітіліго, мікози, atopічний дерматит, ламкість та випадіння волосся, себорея будь-якого типу, вугровий висип, розацеа, демодекоз); короста; педикульоз; порушення потовиділення;
- 15.1.19. стоматологічних.

15.2. Уточнюючої діагностики (для визначення етіології, стадії, методу лікування) після встановлення остаточного діагнозу, лікування та корекції наступних захворювань та станів:

- 15.2.1. Аутоімунних захворювань, ревматизму, системних захворювань сполучної тканини (вузликівий периартеріїт та споріднені стани, інші некротизуючі васкулопатії, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, склеродермія, інші системні ураження сполучної тканини (синдром Шегрена, змішане захворювання сполучної тканини хвороба Бехчета та інш.), серонегативних спондилоартритів;
- 15.2.2. вірусних гепатитів С, D, E, мікс-гепатитів, хронічної печінкової недостатності, стеатозу печінки;
- 15.2.3. онкологічних захворювань:
 - 15.2.3.1. злоякісних новоутворень, в тому числі захворювань крові та кровотворних органів;
 - 15.2.3.2. доброякісних новоутворень будь-якої локалізації;
- 15.2.4. кістозних утворень будь-яких органів (за виключенням кіст суглобів), гіперплазії ендометрію, ендометріозу, мастопатії будь-якої форми, ектропіону, лейкоплакії шийки матки;
- 15.2.5. хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, туберкульозу, цирозу печінки, захворювань щитоподібної залози;
- 15.2.6. гематологічних захворювань, пов'язаних з порушенням функції кровотворних органів;
- 15.2.7. демієлінізуючих захворювань нервової системи;
- 15.2.8. кардіоміопатій;
- 15.2.9. хронічної венозної недостатності, варикозного розширення вен, окрім гострих станів (тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вузлів);
- 15.2.10. захворювань суглобів кінцівок (в тому числі їх наслідків): дегенеративних захворювань, артрозів, нестабільності суглобів, проведення планового лікування (в тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст. Терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення;

15.3. Послуг:

- 15.3.1. направлених на штучне запліднення, стерилізацію, процедури запобігання вагітності, проведення тестів на вагітність (окрім проведення тестів в стаціонарних умовах за медичними показаннями), придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);
- 15.3.2. пов'язаних з веденням вагітності, пологів (за винятком невідкладної медичної допомоги до 7-го місяця вагітності);

- 15.3.3. проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
- 15.3.4. альтернативних консультацій, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
- 15.3.5. придбання абонементів, витрат на благодійну допомогу та схеми лікування;
- 15.3.6. будь-яких планових медичних послуг та медикаментозного забезпечення, якщо лікування було заплановано до початку дії Договору страхування;
- 15.3.7. реабілітаційного лікування, окрім випадків необхідної реабілітації в цілодобовому стаціонарі після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) днів;
- 15.3.8. лікування станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.); застосування препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо);
- 15.3.9. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини (гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, діагностика по Фолю, рефлексотерапія, біологічні домішки, гірудотерапія, склеротерапія, озонотерапія, киснетерапія та інше);
- 15.3.10. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах;
- 15.3.11. консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом (дані послуги можуть бути надані за рішенням Асистуючої компанії/Страховика в кожному конкретному випадку, переважно для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом);
- 15.3.12. перебування та харчування батьків в цілодобовому стаціонарі з дитиною, що є Застрахованою особою за Договором, вік якої на момент госпіталізації складає шість повних років та старше;
- 15.3.13. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
- 15.3.14. послуг косметолога, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, гомеопата;
- 15.3.15. застосування косметологічних препаратів та процедур;
- 15.3.16. будь-яких косметичних, пластичних операцій (в тому числі пластика носової перетинки, планова герніопластика), крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями, або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні;
- 15.3.17. оперативних втручань не за медичними показаннями;
- 15.3.18. трансплантації органів та тканин, окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошук та доставка органів для трансплантації; придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів; будь-яке протезування (в тому числі ендпротезування суглобів), операції на серці, та лікування ускладнень, пов'язаних з ними;
- 15.3.19. екстракорпоральних методів лікування: плазмозаміщення, плазмасорбція, плазмодіфузія, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитозаміщення та інших;
- 15.3.20. транспортування в медичний заклад при організації медичної допомоги в плановому порядку та при невідкладній стоматологічній допомозі;
- 15.3.21. транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної допомоги;
- 15.3.22. надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів міліції, довідок в басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);
- 15.3.23. діагностики алергії, в тому числі проведення алергопроб;
- 15.3.24. оперативних втручань на коронарних судинах (стендування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);
- 15.3.25. будь-яких стоматологічних послуг;
- 15.3.26. які не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги, та послуг, які не передбачені Програмою страхування для Застрахованої особи;
- 15.3.27. які були отримані без погодження з Асистуючою компанією та/або Страховиком в медичних закладах, з якими Асистуюча компанія не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;

- 15.3.28. планового лікування захворювань, наявність яких підтверджена Застрахованою особою відміткою в декларації про стан здоров'я (якщо таку інформацію Страховик запитував при укладанні Договору), протягом двох місяців з дати початку дії Договору;

15.4. Медичних препаратів та засобів:

- 15.4.1. що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (біологічно-активні харчові домішки та інші);
- 15.4.2. засобів особистої гігієни, косметичними засобів (косметичні креми, лосьйони); лікарських форм (лосьйони, шампуні) та препаратів (зинерит, нізорал, еберсепт, дермазол, фрідерм та інші) для профілактики та лікування захворювань шкіри;
- 15.4.3. медичного обладнання та інструментарію (окрім одноразового застосування, в кількості, необхідній для проведення медичних маніпуляцій, оперативних втручань), допоміжних засобів медичного користування, в тому числі бандажів, милиць, конструкцій для остеосинтезу (в т.ч. тих, що самостійно розсмоктуються), проленої сітки (у випадку невідкладної герніопластики), небулайзерів;
- 15.4.4. медичного устаткування, що замінює та/або корегує функцію уражених органів;
- 15.4.5. апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), тестів на вагітність;
- 15.4.6. засобів догляду: сечо- та калоприймачі, підгузки, одноразовий одяг, одноразові серветки, простирадла, інших;
- 15.4.7. полівітамінних комплексів з мінералами;
- 15.4.8. імуномодуляторів (ІРС-19, рибомуніл, імудон, імунал та інші), імунодепресантами (азатіопрін, циклофосфан) та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему;
- 15.4.9. гормональних медичних препаратів, якщо вони призначені як замісна та/або довготривала (більше 30-ти днів) протизапальна терапія; препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін та ін.);
- 15.4.10. гіполіпідемічних препаратів, окрім гострого інфаркту міокарда;
- 15.4.11. стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель Герц та інші);
- 15.4.12. вакцин, сироваток, антитіл, антигенів, діагностичних реактивів.