

Публічна частина Договору медичного страхування за страховим продуктом «Медичне страхування
(корпоративне)»

Частина 2

Ця публічна пропозиція Акціонерного товариства «Страхова компанія «Країна» адресується невизначеному колу осіб укласти із Товариством Договір медичного страхування шляхом приєднання відповідно до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування (корпоративне)», розміщених на веб-сайті Страховика за посилання <https://krayina.com/page/medichne-strakhuvannya-korporativne>, а також Ліцензії на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування) б/н від 24.04.2024.

1. Страховик	Акціонерне товариство «Страхова компанія «Країна» (АТ «СК «Країна») , яке у подальшому іменується «Страховик», 04176 м. Київ, вул. Електриків, буд. 29-А Код ЄДРПОУ 20842474 ПІН 208424726560 Витяг з реєстру платників ПДВ №2326564500578 IBAN UA443534890000026505000000025 в АТ «АСВІО БАНК», МФО 353489 Платник податку на прибуток на загальних підставах тел.: (044) 5904800, (044) 5904801, 0800 500467, 890 з мобільного (цілодобово) www.krayina.com
2. Страхувальник	Дієздатні фізичні особи, фізичні особи - підприємці, юридичні особи, які уклали із Страховиком Договір медичного страхування (далі – Договір, Договір страхування) або є Страхувальниками відповідно до законодавства. Страховик та Страхувальник далі разом іменуються «Сторони», а кожен окремо – «Сторона».
3. Вигодонабувач	Будь-який заклад охорони здоров'я, в якому Застрахованій особі було надано медичну допомогу, на умовах цього Договору.
4. Дата укладання	Визначена в Індивідуальній частині 1 Договору (далі - Частина 1 Договору)
5. Клас страхування, ризик	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» Ризик у межах класу страхування – медичне страхування.
6. Місце укладення Договору	04176, м. Київ, вул. Електриків, 29-А
7. Предмет договору страхування	Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.
8. Об'єкти страхування	Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб (далі - ЗО). Інформація про Застрахованих осіб зазначається в Частині 1 Договору.
9. Умови страхового покриття за договором страхування	9.1. Страховим ризиком є гостре захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку. 9.2. Страховим випадком є факт отримання Застрахованою особою в закладах охорони здоров'я медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, у межах переліку та в обсягах, передбачених Договором, у зв'язку з настанням подій, зазначених у п.9.1. Частини 2 Договору, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату, відповідно до умов Договору та Програми страхування. 9.3. Для конкретної Застрахованої особи передбачається Програма страхування. Умови Програми страхування визначені в Додатку 1 до Частини 1 Договору та містять перелік та обсяг видів медичної допомоги, медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням лімітів відповідальності Страховика та інших обмежень (ліміти, франшизи, категорії ЗОЗ, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).

	<p>9.4. Актуальний перелік закладів охорони здоров'я та аптек є загальнодоступним на веб-сайті Страховика, за посиланням: https://krayina.com/service/strakhoviy-vipadok/perelik-zakladiv-okhoroni-zdorovya-ta-aptek.</p> <p>9.5. Страхова сума та премія на одну Застраховану особу залежать від обраної Програми страхування та зазначена в Додатку 1 до Частини 1 Договору.</p> <p>9.6. Страхова сума є агрегатною, тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати.</p> <p>9.7. Страхова сума за Договором - визначена у п. 5.1. Частини 1 Договору.</p> <p>9.8. Страхова премія за Договором - визначена у п. 5.2. Частини 1 Договору.</p> <p>9.9. Строк дії Договору визначений у п. 6.1. Частини 1 Договору.</p> <p>9.10. Договором передбачено розподіл на періоди страхування та сплату загальної страхової премії частинами, згідно п. 6.2. Частини 1 Договору.</p> <p>9.11. Договір набуває чинності та вступає в дію з 00:00 годин дати, зазначеної як початок першого періоду страхування, за умови сплати страхового платежу за перший період страхування в повному розмірі та в строки, зазначені в п. 6.2. Частини 1 Договору, та діє до 24:00 годин дати закінчення періоду страхування, за який сплачено страховий платіж в повному розмірі.</p> <p>9.12. Зобов'язання Страховика за Договором протягом кожного періоду страхування починаються з дати, вказаної як початок періоду страхування, за умови сплати відповідної частини страхової премії на поточний рахунок Страховика в строки, зазначені в п. 6.2. Частини 1 Договору.</p> <p>9.13. Територія дії Договору – Україна, крім території Луганської, Донецької областей, Автономної Республіки Крим та/або тимчасово окупованих територій російською федерацією, та/або територій та населених пунктів, на яких ведуться бойові дії, та/або територій, які вийшли з-під контролю органів державної влади України, та/або територій, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.</p>
10.Права та обов'язки сторін	<p>10.1. Страхувальник має право:</p> <p>10.1.1. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відмовитись від Договору страхування на умовах, визначених у Розділах 12 та 13 Частини 2 Договору;</p> <p>10.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника;</p> <p>10.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;</p> <p>10.1.4. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;</p> <p>10.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.</p> <p>10.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>10.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;</p> <p>10.2.2. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;</p> <p>10.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;</p> <p>10.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;</p> <p>10.2.5. повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування);</p>

	<p>10.2.6. ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору, роз'яснити порядок її дій у разі настання страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору є обов'язковим;</p> <p>10.2.7. забезпечити за письмовою вимогою Страховика заповнення Застрахованими особами Декларації про Здоров'я встановленого Страховиком зразка;</p> <p>10.2.8. повернути Страховику отриману страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика, якщо після здійснення страхової виплати за Договором стануть відомі обставини, що згідно умов Договору або чинного законодавства України повністю чи частково позбавляють Застраховану особу (її законного представника, спадкоємця) права на отримання страхової виплати.</p> <p>10.3. Страховик має право:</p> <p>10.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про Здоров'я;</p> <p>10.3.2. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладення Договору, так і протягом дії Договору;</p> <p>10.3.3. визначати для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхової премії, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору щодо певних осіб;</p> <p>10.3.4. відстрочити страхову виплату на строк до 90 (дев'яносто) днів у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку з обов'язковим повідомленням про це Страхувальника (Застрахованої особи, її законного представника, спадкоємця);</p> <p>10.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору страхування;</p> <p>10.3.6. направляти, у разі необхідності, запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;</p> <p>10.3.7. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, її законного представника, спадкоємця) повернення страхової виплати, якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу, спадкоємця) згідно умов Договору або чинного законодавства України права на отримання страхової виплати (повністю або частково);</p> <p>10.3.8. у разі виявлення факту, що Застрахована особа входила на момент укладення Договору до переліку осіб, на користь яких не може бути укладено Договір згідно п. 20.1. Частини 2 Договору, достроково припинити дію Договору відносно такої особи без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору;</p> <p>10.3.9. включати заклади охорони здоров'я у перелік закладів охорони здоров'я та аптек Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і за Договором в цілому;</p> <p>10.3.10. виключити із переліку закладів охорони здоров'я та аптек Страховика окремі заклади охорони здоров'я за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та закладом охорони здоров'я;</p>
--	--

	<p>10.3.11. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відповідно до умов Договору;</p> <p>10.3.12. у разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому законодавством України.</p> <p>10.4. Страховик зобов'язаний:</p> <p>10.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;</p> <p>10.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування;</p> <p>10.4.3. контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування.</p> <p>10.5. Застрахована особа має право:</p> <p>10.5.1. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному в Програмі страхування;</p> <p>10.5.2. отримати від Страховика своєчасну організацію медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, передбачених Договором у відповідності до його умов;</p> <p>10.5.3. вчиняти дії, передбачені п. 10.1.3, 10.1.4., 10.1.5. Частини 2 Договору.</p> <p>10.6. Застрахована особа зобов'язана:</p> <p>10.6.1. при укладенні Договору повідомляти на вимогу Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання тощо);</p> <p>10.6.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;</p> <p>10.6.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;</p> <p>10.6.4. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у ЗОЗ;</p> <p>10.6.5. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги, наданої внаслідок:</p> <p>10.6.5.1. передачі Застрахованою особою страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;</p> <p>10.6.5.2. ускладнення захворювання внаслідок порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;</p> <p>10.6.5.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку, під час настання якого Застрахована особа була у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;</p> <p>10.6.5.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;</p> <p>10.6.5.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту), а саме: виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду; виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових</p>
--	---

	<p>медичних маніпуляцій тощо); виклик лікаря (доставка медикаментів) здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від медичного закладу, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома тощо);</p> <p>10.6.5.6. відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЗОЗ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації.</p> <p>10.6.6. витрати Страховика, зазначені в п.п.10.6.5. п.10.6 Частини 2 Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 10 (десяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.</p> <p>10.6.7. при отриманні медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, де передбачена франшиза, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати розмір франшизи закладу охорони здоров'я одразу під час звернення.</p>
11. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	<p>11.1. Відповідальність Сторін:</p> <p>11.1.1. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування Страховик зобов'язаний сплатити штраф у розмірі 0,01 відсотків від суми страхової виплати (страхового відшкодування).</p> <p>11.1.2. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами). Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо. У такому разі Страховик звільняється від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань за даним Договором. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання обставин непереборної сили (форс-мажору) в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.</p>

	<p>11.1.3. Страховик звільняється від відповідальності, виплата страхового відшкодування чи будь-яких компенсацій не проводиться та надання будь-якої вигоди за цим Договором не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій Організації Об'єднаних Націй, торгівельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або Перестраховику за договором перестрахування, згідно з яким перестраховано цей Договір, здійснювати страхування або перестрахування або сплачувати страхове відшкодування за цим Договором або за договором перестрахування.</p>
<p>12.Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки</p>	<p>12.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви однієї зі Сторін, оформлюються додатковими угодами до Договору страхування.</p> <p>12.2. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з дати, визначеної Сторонами в додатковій угоді до Договору страхування. Якщо Сторони не досягли згоди щодо внесення змін до Договору, то Сторона, що вимагає таких змін, має право в односторонньому порядку ініціювати припинення дії Договору згідно з законодавством України. Такий Договір припиняє свою дію на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої зі Сторін про реалізацію іншою Стороною Договору цього права.</p> <p>12.3. Сторони можуть вносити зміни у перелік (список) Застрахованих осіб. Про зміни до переліку (списку) Застрахованих осіб Страхувальник попередньо повідомляє Страховика на електронну адресу за 3 (три) дні до кінця місяця, що передує місяцю, в якому буде змінено склад Застрахованих осіб, після чого вносяться відповідні зміни до цього Договору останнім числом місяця, в якому подана інформація, шляхом укладення Додаткової угоди до цього Договору. Про осіб, що підлягають виключенню та включенню до переліку (списку) Застрахованих осіб на наступний місяць дії цього Договору укладається відповідна Додаткова угода та підписується Сторонами.</p> <p>12.4. Включення до переліку (списку) Застрахованих осіб:</p> <p>12.4.1. Застрахована особа вважається включеною до переліку (списку) застрахованих осіб після підписання Додаткової угоди на користь такої особи згідно пункту 12.3. Частини 2 Договору. Страхова премія, страхова сума та внутрішні ліміти на окремі види медичної допомоги при включенні Застрахованої особи до переліку (списку) застрахованих осіб розраховуються за наступною формулою:</p> $СП = СПр / n \times m, \text{ де}$ <p>СП – страхова премія (страхова сума, ліміти) по включеній 3О;</p> <p>СПр - страхова премія (страхова сума, ліміти) за Програмою страхування на весь період дії Договору;</p> <p>m – кількість днів фактичної дії страхового полісу (страхової картки) по щойно прийнятій Застрахованій особі;</p> <p>n – кількість днів дії Договору.</p> <p>12.4.2. Включення до переліку (списку) застрахованих осіб членів сім'ї працівника можливе лише протягом перших двох місяців дії Договору на підставі наданої декларації про Здоров'я такої особи, а дітей віком до 1 (одного) року додатково на підставі наданого медичного висновку про стан здоров'я дитини від сімейного лікаря або педіатра та/або копії виписки з пологового будинку. При цьому Програма страхування для члена сім'ї встановлюється відповідно до рівня Програми страхування, передбаченої Договором страхування для працівника Страхувальника, член сім'ї якого включається до переліку (списку) Застрахованих осіб.</p> <p>12.5. Перехід, за бажанням Застрахованої особи, із однієї Програми страхування до іншої не здійснюється, окрім випадків, коли перехід до іншої Програми передбачений корпоративною політикою Страхувальника (зокрема,</p>

перехід Застрахованої особи на іншу посаду). Додаткова страхова премія, страхова сума та ліміти для такої Застрахованої особи визначається за формулою:

$$\text{СПд} = ((\text{СПа} - \text{СПб})/365) \times m, \text{ де}$$

СПд – додаткова страхова премія (страхова сума, ліміти);

СПа – річна страхова премія (страхова сума, ліміти) згідно з новою Програмою страхування;

СПб – річна страхова премія (страхова сума, ліміти) згідно з попередньою Програмою страхування;

m – кількість днів фактичної дії страхового полісу (страхової картки) згідно з новою Програмою страхування.

12.6. Якщо протягом строку дії Договору Страхувальник замінює Застраховану особу, щодо якої не здійснювались страхові виплати, то ця заміна здійснюється без повернення страхової премії за цю особу та без сплати страхової премії за особу, яка підлягає страхуванню та оформляється Додатковою угодою, яка набирає чинності з дня, зазначеного у ній, але не раніше дня підписання Сторонами такої Додаткової угоди. Заміна Застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика.

12.7. Виключення з переліку (списку) Застрахованих осіб:

12.7.1. Застрахована особа вважається виключеною з переліку (списку) Застрахованих осіб згідно пункту 12.3. Частини 2 Договору.

12.7.2. Узагальнений перелік (список) Застрахованих осіб, які виключені з переліку (списку) Застрахованих осіб за підсумками поточного місяця, а також розрахунок залишку страхового платежу по кожному виключенню здійснює Страховик раз на місяць і оформлює Додатковою угодою.

12.7.3. За бажанням Страхувальника і згідно з укладеною Додатковою угодою залишок страхового платежу може бути повернений Страхувальнику або врахований при сплаті наступного страхового платежу (на щойно прийнятих на страхування осіб, на наступний період страхування).

12.7.4. Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу, сплаченого за Договором за цю Застраховану особу, пропорційно періоду дії даного Договору, що залишився, згідно формулі:

$$\text{СПз} = \text{СПф} - (\text{СПр} / n \times m) - \text{ЧВС} - \text{СВ}, \text{ де}$$

СПз – залишок страхового платежу;

СПф – фактично сплачений страховий платіж за Застраховану особу на день її виключення;

СПр – підписаний річний страховий платіж;

m – кількість днів фактичної дії страхового полісу (страхової картки) цієї Застрахованої особи;

n – загальна кількість застрахованих днів по страховому полісу (страховій картці) цієї Застрахованої особи;

СВ – страхові виплати по цій Застрахованій особі на день її виключення.

ЧВС – частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору страхування.

12.7.5. Картка Застрахованої особи, раніше видана на ім'я Застрахованої особи щодо якої припиняється дія Договору, після набуття чинності Додаткової угоди вважається анульованою і не може бути підставою для відшкодування вартості медичних послуг.

12.8. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:

12.8.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

	<p>12.8.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми.</p> <p>12.9. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору страхування.</p> <p>12.10. Заміна Сторін у Договорі страхування:</p> <p>12.10.1. у разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих;</p> <p>12.10.2. у разі визнання судом фізичної особи - Страхувальника недієздатною, права і обов'язки такої особи за Договором страхування переходять до її опікуна;</p> <p>12.10.3. у разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - Страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника;</p> <p>12.10.4. якщо Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.</p> <p>12.11. Заміна Страховика у Договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та Страхувальником або Договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону України «Про страхування».</p> <p>12.12. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика.</p> <p>12.13. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>12.13.1. закінчення строку дії Договору страхування;</p> <p>12.13.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;</p> <p>12.13.3. несплати Страхувальником страхової премії (або відповідної її частини) у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах. При цьому дія цього Договору автоматично припиняється з 00:00 годин 10 (десятого) дня, що йде за днем, зазначеним як строк внесення чергової частини страхової премії. Страховик не зобов'язаний пред'являти вимогу про сплату страхової премії.</p> <p>12.13.3.1. У випадку припинення Договору згідно п.12.13.3. Частини 2 Договору, якщо дата сплати страхової премії (чергової частини страхової премії) встановлена пізніше, ніж дата початку періоду дії страхового захисту, за який ця страхова премія сплачується, то Страхувальник зобов'язаний сплатити частину страхової премії за фактичний період дії страхового захисту (від дати початку дії такого періоду страхового захисту до дати припинення дії страхового захисту, згідно п. 12.13.3.2. Частини 2 Договору). Частина страхової премії, що підлягає сплаті, розраховується відповідно до кількості днів фактичного періоду дії страхового захисту.</p> <p>12.13.3.2. У випадку несплати чергової частини страхової премії у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах, страховий захист по цьому Договору призупиняється з 00:00 годин дня, що визначений як строк внесення страхової премії або її чергової частини. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена у період 10 (десять) днів від дати,</p>
--	--

яка визначена у Договорі як дата сплати чергової частини страхового платежу, Страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин, наступного за днем зарахування коштів на рахунок Страховика. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період призупинення дії страхового захисту, при цьому призупинення страхового захисту не впливає на строк дії Договору страхування, дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

12.13.3.3. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена після припинення його дії, відповідно до п. 12.13.3. Частини 2 Договору. Сторони погодили, що дія Договору відновлюється з дати сплати страхового платежу на рахунок Страховика, а страховий захист відновлює свою дію з 00:00 годин 11 (одинадцятого) дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика. Страховик не несе зобов'язань за цим Договором в період з 00-00 годин дня, наступного за днем прострочення (несплати) Страхувальником чергової частини страхової премії, по 00-00 годин дня, 11 (одинадцятого) дня після дня зарахування частини страхового платежу на рахунок Страховика, при цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

12.13.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);

12.13.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.13.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

12.13.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.

12.14. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Страховик має право достроково припинити Договір страхування без згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

12.15. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

12.16. У разі дострокового припинення Договору страхування за згодою Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору страхування.

12.17. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування:

12.17.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами Договору, за таких обставин:

12.17.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування;

12.17.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;

12.17.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 393 Податкового кодексу України;

12.17.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, - в разі ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи - підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування».

	<p>12.18. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у п. 9.2. Частини 1 Договору.</p> <p>12.19. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченої страхової премії (страхову премію, сплачену за період страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення, для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування та перевищує один рік) у разі дострокового припинення дії Договору страхування у випадку:</p> <p>12.19.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;</p> <p>12.19.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>12.19.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;</p> <p>12.19.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.</p> <p>12.20. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону України «Про страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля.</p> <p>12.21. Сплачена страхова премія не повертається, у разі дострокового припинення дії Договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.</p> <p>12.22. При достроковому розірванні договору повернення страхових платежів здійснюється виключно Страхувальнику.</p> <p>12.23. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України.</p> <p>12.24. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.</p> <p>12.25. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.</p> <p>12.26. Страховик може запропонувати Страхувальнику збільшення розміру страхових платежів також у разі:</p> <p>12.26.1. підвищення курсу валют по відношенню до гривні за даними НБУ більше ніж на 20% та за умови, що таке підвищення зберігається більше 20 календарних днів;</p> <p>12.26.2. підвищення вартості медичних препаратів більш ніж на 20%, змін законодавчої бази з приводу надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, підвищення більш ніж на 20% вартості медичних послуг у закладах охорони здоров'я. Для підтвердження підвищення вартості послуг та медикаментів Сторони використовують наступне джерело: Державна служба статистики України за показником «Індексу споживчих цін на товари та послуги».</p> <p>12.27. Якщо Страхувальник погоджується на зміну розміру страхових платежів, то Сторони підписують відповідну Додаткову угоду до цього Договору. Якщо Страхувальник не погоджується на зміну розміру страхових платежів, Страховик має право переглянути Програми страхування (ввести додаткові франшизи на послуги в окремих закладах охорони здоров'я, ліміти на</p>
--	---

	медикаменти, ліміти на певні види послуг тощо). Положення цього пункту вступає в дію, якщо рівень збитковості Договору перевищує 70%. Рівень збитковості за Договором розраховується як співвідношення суми страхових виплат, в тому числі резервів, до заробленої премії за аналогічний період дії Договору.
13.Порядок відмови від договору страхування	<p>13.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів, з дня укладення Договору страхування відмовитись від такого Договору без пояснення причин, крім:</p> <p>13.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</p> <p>13.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.</p> <p>13.2. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання такої заяви, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p> <p>13.3. Про намір відмовитись від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.</p>
14.Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>14.1. У разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа для одержання медичної допомоги зобов'язана:</p> <p>14.1.1. негайно, але не пізніше 1 (одного) календарного дня з моменту виявлення хвороби, звернутися до Страховика за тел.: 0-800-500-467 (безкоштовний по Україні) або 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back») або до уповноваженої особи в закладі охорони здоров'я для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг. Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами, піклувальниками або іншими особами (в залежності від стану здоров'я Застрахованої особи). Якщо при настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа не мала змоги на момент настання такого випадку зв'язатися зі Страховиком для надання невідкладної медичної допомоги та самостійно звернулася до закладу охорони здоров'я, або, якщо Застраховану особу доставляють до закладу охорони здоров'я силами екстреної медичної допомоги (таксі, власним транспортом тощо), то Застрахована особа або її уповноважений представник при першій наявній можливості повинні негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту звернення до закладу охорони здоров'я або госпіталізації, повідомити Страховика про такий випадок.</p> <p>14.1.2. Для запису на консультацію до лікаря Застрахована особа може використовувати альтернативний зв'язок через офіційні канали Страховика у месенджерах Viber, Telegram та Facebook. Запис до лікаря онлайн bot: www.krayina.com/bots.</p> <p>14.1.3. При зверненні до Страховика або до уповноваженої особи в закладі охорони здоров'я Застрахована особа має надати наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none">• П.І.Б.;• номер та строк дії Договору;• індивідуальний номер власної картки Застрахованої особи;• місце роботи, місце проживання;• причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям або замовлення медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхування);• місце перебування;• контактний телефон. <p>14.1.4. далі діяти за вказівкою Страховика або лікаря-координатора уповноваженого закладу охорони здоров'я. Підбір ЗОЗ здійснюється Страховиком із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. При такому зверненні Застрахована</p>

	<p>особа безкоштовно в межах ліміту відповідальності отримує необхідні медичні послуги, згідно з умовами Програми страхування, включаючи медикаменти. Всі розрахунки з приводу наданої Застрахованій особі допомоги Страховик проводить із закладами охорони здоров'я та аптеками.</p> <p>14.1.5. пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу охорони здоров'я) документ, що посвідчує особу та картку Застрахованої особи. У випадку відсутності у Застрахованої особи картки, ЗОЗ з переліку Страховика має право відмовити Застрахованій особі в наданні послуг за рахунок Страховика;</p> <p>14.1.6. виконувати призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зменшення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків;</p> <p>14.1.7. повідомити (надати) Страховику всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для прийняття рішення про визнання події страховою;</p> <p>14.1.8. попередити заклад охорони здоров'я про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку.</p> <p>14.2. Неможливість організації амбулаторної допомоги Застрахованій особі, в т.ч. виклику лікаря додому, при зверненні у вечірні години (з 16:00), або у вихідні (святкові) дні не є підставою для виклику бригади екстреної медичної допомоги, якщо немає прямих показань для надання такого виду допомоги.</p> <p>14.3. Про стани, які потребують ліжкового режиму та візиту лікаря додому, Застрахована особа інформує Страховика не пізніше 12:00 години (16:00 для мешканців м. Київ) дня, у який візит повинен відбутись. Страховик організовує виїзд лікаря до Застрахованої особи протягом поточного дня. У випадку звернення до Страховика пізніше 12:00 (16:00 для мешканців м. Київ) Страховик організовує виїзд лікаря на наступний день.</p> <p>14.4. У разі необхідності отримання медичних та інших послуг в закладі охорони здоров'я, не передбаченому Договором, Застрахована особа повинна негайно повідомити про це Страховика і узгодити обсяг та вартість необхідних послуг до моменту їх отримання. Страхова виплата у таких випадках здійснюється в обсязі, зазначеному в Програмі страхування, що не перевищує рівень вартості послуг у закладах, передбачених умовами Програми страхування.</p>
15.Порядок розрахунку страхових виплат	<p>15.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та / або медичних виробів в обсязі, що зазначений у Програмі страхування для конкретної Застрахованої особи за Договором страхування.</p> <p>15.2. Розмір страхової виплати дорівнює вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування, але не більше страхової суми, встановленої Договором страхування та/або лімітів страхової суми на послуги/захворювання, передбачені умовами Програми страхування.</p> <p>15.3. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхування страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.</p>
16. Умови здійснення страхових виплат	<p>16.1. Страхова виплата здійснюється закладам охорони здоров'я/аптекам на умовах, передбачених Договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, на підставі документів, що підтверджують фактично надані ними послуги /відпущені медикаменти та витратні матеріали та їх вартість.</p> <p>16.2. Оплата вартості медичних та інших послуг, передбачених Договором та Програмою страхування, закладу охорони здоров'я здійснюється на підставі рахунку закладу із зазначенням діагнозу, переліку фактично наданих послуг і їх</p>

	<p>вартості, загальної суми витрат на всі послуги, надані Застрахованій особі (Застрахованим особам – кожній окремо), строків лікування, витягу з історії хвороби та/або з амбулаторної карти, завіреного печаткою закладу охорони здоров'я та підписом відповідальних осіб (на вимогу Страховика).</p> <p>16.3. Страховик здійснює страхову виплату закладу охорони здоров'я (аптеці) за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, на підставі копій рецептів, накладних та рахунків аптеки за відпущені медикаменти та витратні матеріали.</p> <p>16.4. Перелік документів для здійснення страхової виплати та строки розрахунків визначаються відповідно до укладеного між Страховиком та ЗОЗ, який надав послуги Застрахованій особі, договору.</p> <p>16.5. Рішення про страхову виплату приймається Страховиком після отримання останнього (необхідного для прийняття рішення), документу від ЗОЗ протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором з закладом охорони здоров'я.</p>
17.Суброгація (перехід права вимоги)	Не передбачена.
18.Підстави відмови у страховій виплаті	<p>18.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:</p> <p>18.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;</p> <p>18.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>18.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <p>18.1.4. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;</p> <p>18.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її законним представником, спадкоємцем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);</p> <p>18.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Додатком 2 до Частини 1 Договору;</p> <p>18.1.7. перевищення суми страхової виплати над страховою сумою та/або сумою загального корпоративного ліміту, та/або індивідуального ліміту на медичні послуги (допомогу), згідно з умовами Програми страхування;</p> <p>18.1.8. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.</p>
19.Порядок укладення договору страхування	<p>19.1. Цей Договір укладається шляхом приєднання, він складається з Частини 1 (Індивідуальна частина) та Частини 2 (Публічна частина), розміщеної на веб-сайті Страховика, яка надається Страхувальнику шляхом надання посилання https://krayina.com/page/medichne-strakhuvannya-korporativne.</p> <p>19.2. Датою надання Частини 2 Договору Страхувальнику є дата укладення Договору, а саме момент підписання Частини 1 Договору Страхувальником. Страховик гарантує, що Частина 1 та Частина 2 Договору захищені від внесення будь-яких змін до них, крім тих, що вносяться у порядку, визначеному цим Договором.</p>

	<p>19.3. Підписанням Частини 1 Договору, Страхувальник приєднується до Договору в цілому та погоджується дотримуватись умов, викладених в цьому Договорі, включаючи Частину 1 та Частину 2.</p> <p>19.4. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.</p> <p>19.5. У паперовій формі Договір укладається на паперовому носії шляхом підписання (проставлення власноручних підписів) Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору обома Сторонами. Підписанням Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частині 1 (Індивідуальній частині) та Частині 2 (Публічній частині) Договору. Підписана обома Сторонами Частина 1 (Індивідуальна частина) Договору та додатки до неї (за наявності) видаються Страхувальнику одразу після її підписання.</p> <p>19.6. У електронному вигляді Договір укладається шляхом підписання Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору обома Сторонами з використанням кваліфікованого електронного підпису (КЕП) або удосконаленого електронного підпису (УЕП) з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>19.7. Використання електронного підпису Сторонами Договору не може тлумачитись як таке, що обмежує право Сторін вчиняти правочини у вигляді паперових документів (змінювати, доповнювати або припиняти дію електронного Договору правочинами викладеними в паперовій формі і навпаки).</p> <p>19.8. Страховик направляє на електронну адресу або іншим способом, обраним Страхувальником, примірник Частини 1 Договору страхування з додатками, підписаний обома Сторонами, Страхувальнику одразу після підписання такого Договору, але не пізніше початку строку його дії або не пізніше дня укладення Договору страхування, якщо Договором страхування визначено ретроактивну дату. Страховик за зверненням Страхувальника зобов'язаний виготовити паперову копію Договору, укладеного в електронній формі протягом 3 (трьох) робочих днів з дня звернення.</p> <p>19.9. Страхувальник, що приєднався до цього Договору, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.</p> <p>19.10. Підписуючи Частину 1 цього Договору, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.</p> <p>19.11. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>19.12. Страховик здійснює ідентифікацію та верифікацію Страхувальника у способи та у випадках, передбачених чинним законодавством у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення та нормативно-правовими актами НБУ з питань фінансового моніторингу.</p>
20. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	<p>20.1. Договір не може бути укладений на користь осіб:</p> <p>20.1.1. визнаних у встановленому порядку недієздатними;</p> <p>20.1.2. які на час укладення Договору перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);</p> <p>20.1.3. інвалідів I групи, дітей з інвалідністю; хворих на тяжкі неврологічні та психічні захворювання зокрема, порушення мозкового кровообігу, пухлин/и</p>

	<p>головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, паркінсонізм; СНІД, ВІЛ-інфекцію; тяжкі (декомпенсовані) форми захворювань серцево-судинної системи; гепатит, крім гепатиту А, цироз печінки; туберкульоз, важку форму цукрового діабету, злоякісні новоутворення; хронічну ниркову недостатність; захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами. При цьому, страхування цих осіб може здійснюватися Страховиком на інших умовах (індивідуальних), ніж страхування працівників Страхувальника;</p> <p>20.1.4. які знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;</p> <p>20.1.5. осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі;</p> <p>20.1.6. віком понад 65 років на дату укладання Договору.</p> <p>20.2. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до ЗОЗ та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):</p> <p>20.2.1. вроджені, спадкові, генетичні вади та захворювання; стани, що є фізіологічними віковими особливостями або варіантами розвитку (дентація; хорди в шлуночках або незакрите овальне вікно; синехії зовнішніх статевих органів та інше); захворювання, за якими встановлена група інвалідності, інвалідність з дитинства та їх ускладнення, наслідки;</p> <p>20.2.2. алкоголізм, наркотична залежність, токсикоманія або інший стан залежності, будь-якого виду, а також будь-які захворювання чи травми та/або їх наслідки, що спричинені станом такої залежності або які є наслідком алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння; також лікування наслідків подій, щодо яких у Страховика є обґрунтована підозра, що вони сталися у стані алкогольного сп'яніння, якщо Застрахована особа протягом 5 годин після випадку не звернулась до медичного закладу і не пройшла дослідження на наявність алкоголю в крові. Предметом дослідження біологічної середовища також може бути слина, сеча, змиви з поверхні губ, шкіряного покриву обличчя та рук;</p> <p>20.2.3. професійні хвороби, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);</p> <p>20.2.4. венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, м'який шанкр, пахова гранульома, тощо); захворювання, що передаються переважно статевим шляхом відповідно до класифікації ВООЗ (хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, гарденельоз, кандидоз, трихомоніаз та папіломавірусна інфекція, у т.ч. аногенітальні кондиломи, тощо);</p> <p>20.2.5. TORCH-інфекції, у т.ч. токсоплазмоз, краснуха та інфекції, викликані вірусами герпетичної групи (віруси простого герпесу 1/2 типу, вітряної віспи, Епштейна-Барр, цитомегаловірус, герпесвіруси 6, 7, 8 типу), парвовірусом В19, вірусом Зіка, крім оперізуючого лишая та герпетичних гангліонітів;</p> <p>20.2.6. ерозія (ектопія, дисплазія та інші синоніми переродження/зміни нормального епітелію шийки матки) шийки матки, вагінальний дизбіоз (гарнерельоз), ендометріоз, мастопатія, дисгормональні та інші запальні захворювання жіночих статевих органів, визначення гормонального стану при даних захворюваннях;</p> <p>20.2.7. безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція, наслідки патологічної вагітності;</p> <p>20.2.8. хронічна печінкова недостатність, хронічний гепатит, стеатогепатит, цироз та гепатоз печінки, вірусні гепатити В, С, D і т.д.;</p> <p>20.2.9. ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейро-циркуляторна дистонія), ДЕП (дисциркуляторна енцефалопатія), АГ (артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), атеросклероз, астено-невротичний синдром,</p>
--	---

	<p>синдром хребцевої артерії, синдром порушення венозного відтоку, ангіодистонія, венозні дисциркуляції та хронічні хвороби периферійних судин (у т.ч. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, геморої та ін.), (крім невідкладних станів);</p> <p>20.2.10. психічні захворювання, психопатії, неврози (в т.ч. нейрогенний сечовий міхур, енурез, тощо), безсоння (в т.ч. забезпечення снодійними препаратами, заспокійливими), епілепсія, порушення мови, межові розлади, а також їх ускладнення, соматичні захворювання та травми, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;</p> <p>20.2.11. інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.), окрім диференційної діагностики, але не більше двох збудників;</p> <p>20.2.12. функціональні порушення (синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисбактеріоз, дисбіоз, диспепсія, функціональний закреп тощо) у Застрахованих осіб віком старше 16 років;</p> <p>20.2.13. пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну, метаболічний синдром, подагра, тощо);</p> <p>20.2.14. синдром набутого імунodefіциту (СНІД), похідний комплекс СНІД, вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) та пов'язані з ними захворювання, а також їх наслідки;</p> <p>20.2.15. онкологічні захворювання, доброякісні новоутворення, захворювання крові і кровотворної системи (в тому числі встановлення причин анемії, якщо немає вказівок на гостру кровотечу).</p> <p>20.3. Не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування після встановлення остаточного діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):</p> <p>20.3.1. цукровий діабет та його ускладнення, окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи (кома, прекома); у таких випадках допомога надається до стабілізації стану не більше 24-48 годин;</p> <p>20.3.2. системні захворювання сполучної тканини, дегенеративні захворювання хрящової та кісткової тканин (ревматоїдний артрит, ревматоїдні хвороби серця, системний червоний вовчак, колагенози, хвороба Бехтерева, артропатії, остеопороз, хондромаліяція, тощо), саркоїдоз, муковісцидоз, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона та їх наслідків;</p> <p>20.3.3. ендокринні, аутоімунні захворювання, дегенеративні і демієлінізуючі хвороби нервової системи, екстрапірамідні порушення (хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз і інші), енцефалопатія, епілепсія (крім невідкладних станів);</p> <p>20.3.4. хронічна ниркова недостатність, у т.ч. гемодіаліз;</p> <p>20.3.5. захворювання шкіри, волосся та нігтів (вугри, псоріаз, екзема, вітіліго, демодекоз, педикульоз, мікози, пухирчатка, лишай, себорея, тощо);</p> <p>20.3.6. катаракта, порушення зору (міопія, далекозорість, пресбіопія, астигматизм та інші), комп'ютерний синдром (синдром сухого ока, спазм акомодатії тощо), косоокість, астенопія, кератоконус; глаукома, дегенеративно-дистрофічних захворювань сітківки, відшарування сітківки, крім станів, що потребують невідкладної допомоги;</p> <p>20.3.7. особливо небезпечні інфекції відповідно до переліку, затвердженого центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та/або захисту населення від інфекційних хвороб (Наказ МОЗ України № 133 від 19.07.95 з наступними змінами або документ, що його замінює) (чума, холера, натуральна віспа, жовта гарячка, СНІД, пастерельоз, хвороба Марбург, гарячка</p>
--	---

Ласса, гарячка Ебола, контагіозні вірусні гарячки, енцефаломієліти, енцефаліти, бруцельоз, туляремія, сибірка, сап, меліойдоз, орнітоз, лістеріоз, сказ, еризипелойд, легіонельоз, епідемічний висипний тиф, хвороба Брілла, КУ - гарячка, мишиний тиф, марсельська гарячка, кліщовий поворотний висипний тиф, туберкульоз, псевдотуберкульоз, геморагічна гарячка, кримська гарячка, омська гарячка, гарячка з нирковим синдромом, лептоспіроз, ящур, кліщовий енцефаліт, хвороба Лайма), а також небезпечних та особливо небезпечних інфекційних захворювань, поширення яких має характер епідемії та/або потребує проведення карантинних заходів, крім карантину у навчальних та виховних закладах;

20.3.8. захворювання і травми, що настали внаслідок та/або в місці військових дій будь-якого роду, воєнного стану, оголошеної або неоголошеної війни, громадянської війни, надзвичайного стану, заколоту, бунту, революції, громадського заворушення, повстання, путчів, терористичних актів, народних хвилювань, страйків, диверсії, безладів, масових заворушень, узурпації влади, введення військової влади або військового положення або стану облоги, загальної мобілізації, збройного або воєнного конфлікту, блокади, військового ембарго, що є відкритою інформацією; розлади здоров'я, викликані іонізуючим випромінюванням або радіоактивним забрудненням;

20.3.9. травми, отримані внаслідок злочинних дій ЗО, що підтверджено рішенням суду; травми, отруєння, опіки та інші розлади здоров'я, отримані Застрахованою особою у результаті навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку; медичні послуги, необхідність надання яких настала в зв'язку із самогубством чи спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

20.3.10. захворювання імунної системи (в тому числі вторинна діагностика і консультації імунолога, імунограма, інші методи діагностики та лікування, лікування, яке спрямоване на корекцію імунітету), алергічні захворювання (в тому числі, алергопроби, скринінги, специфічна імунотерапія) - крім невідкладних станів;

20.3.11. розлади менструального циклу та подальша діагностики (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) після встановлення цих діагнозів клінічно (менопаузи, пременопаузи, порушення менструального циклу, синдром виснажених/полікістозних яєчників, гіперпролактинемія, гіперандрогенія, тощо);

20.3.12. загострення хвороб опорно-рухового апарату строком більше 14 днів; МРТ-діагностика ступеню дегенеративних змін хребта, результати якої не впливають на тактику лікування гострого стану; МРТ-діагностика при загостренні хвороб опорно-рухового апарату без проходження курсу лікування призначеного лікарем.

20.4. Страховик не сплачує та не відшкодовує вартість (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):

20.4.1. лікування в плановому порядку (у т.ч. планові операції), лікування залишкових явищ та наслідків будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків їх загострення;

20.4.2. медичних послуг та медикаментів отриманих поза межами території та строку дії договору; медичних послуг та медикаментів, не передбачених умовами Програми страхування;

20.4.3. вживання медичних препаратів та інших речовин, а також застосування методів лікування, не призначених лікарем (самолікування); експериментального або науково-дослідного лікування, медичних послуг чи медичних препаратів, які недозволені та/або незареєстровані в Україні; препаратів та засобів у вартість яких включено ПДВ 20%;

20.4.4. послуг, надання яких не погоджене зі Страховиком до моменту їх отримання, в закладах охорони здоров'я як з переліку Страховика, так і поза цим переліком, крім випадків надання Застрахованій особі невідкладної

	<p>медичної допомоги при настанні страхового випадку, що загрожує життю Застрахованої особи;</p> <p>20.4.5. медичних послуг, наданих з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами (як-то: туберкульоз, бронхіальна астма, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення та інші) тощо);</p> <p>20.4.6. підбору та придбання окулярів, лінз; операцій по корекції зору, оптична та лазерна корекція зору, використання лазерних технологій;</p> <p>20.4.7. проведення косметичних операцій і процедур та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, операцій та інших видів лікування з приводу ожиріння (в тому числі виявлення причини захворювання); проведення пластичних естетичних операцій; гігієнічних процедур (гігієнічні ванни, клізми, видалення сірчаних пробок тощо);</p> <p>20.4.8. масажу всіх видів та реабілітації, окрім випадків необхідної ЛФК та фізіотерапії після стаціонарного лікування гострих захворювань або загострень хронічних захворювань протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб;</p> <p>20.4.9. альтернативної медицини — голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, діагностика та лікування по Фолю, мікрохвильова, інформаційна терапія, еферентні методи, PRP-терапія (плазмоліфтинг), гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія, гомеопатичне лікування та інше;</p> <p>20.4.10. лікарських засобів, необхідних для тривалого прийому (крім стадії загострення, в період якої покриваються усі витрати до стабілізації стану здоров'я, строком не більше 30 днів), підтримуючої та замісної терапії; лікування захворювань поза межами стадії загострення; лікування захворювань строком більше 30 діб;</p> <p>20.4.11. будь-якого протезування, в т.ч. постановку стентів, серцевих клапанів; металоконструкції для остеосинтезу, імпланти, фіксатори, гвинти, пластини, в т. ч. інші витратні матеріали, що використовуються для проведення артроскопічних та інших операцій; підбору та використання протезів різного характеру і призначення; медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів та інших); допоміжні засоби медичного користування (милиць, інвалідних візочків, бандажів, естетичних фіксуєючих пов'язок (пластеркасти, фасткасти та інші);</p> <p>20.4.12. профілактичних, диспансерних та лікувально-оздоровчих заходів (медикаментів, призначених з метою профілактики, імунізації, вакцинації, санаторно-курортне лікування тощо);</p> <p>20.4.13. діагностики та лікування супутніх захворювань, які не є необхідними для лікування основного захворювання;</p> <p>20.4.14. додаткових витратних матеріалів, крім спирту, шприців та голок одноразових для ін'єкцій, катетерів для системи кровообігу, засобів для вливання крові, марлі медичної, пакетів перев'язочних, пов'язок перев'язочних, вати медичної, бинтів марлевих, гіпсових бинтів, лейкопластирів, рукавичок латексних (стерильних та нестерильних), рукавичок спеціальних (вінілових, нітрилових), рентгенівських плівок, шовного матеріалу, голок та наборів для анестезії (епідуральних, спинальних), скальпелів, лез; медичного устаткування, інструментарію (набори для емболізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, електроди, різучі петлі, деартерилізації, артроскопічні набори, набори для лапароскопічних та ендоскопічних втручань, витратні матеріали для металоостеосинтезу тощо); медичної апаратури (небулайзери, тонометри, електроди, глюкометри тощо);</p> <p>20.4.15. послуг та товарів, що не є необхідними з медичної точки зору, для діагностики або лікування;</p>
--	---

	<p>20.4.16. штучної шкіри; плазмозамінників (альбуміни), кровозамінників та препаратів крові, парентерального харчування, харчових сумішей, які застосовуються в умовах реанімаційного відділення;</p> <p>20.4.17. екстракорпоральних методів лікування, у тому числі гемодіаліз, плазмофорез, гідроколонтерапію, лазеротерапію, кріотерапію, аутогематерапію і озонотерапію; гіпербаричну й нормобаричну оксигенацію (крім реанімаційних заходів), гіпокситерапію;</p> <p>20.4.18. реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика тощо), септопластики, вазотомії, операції на серці та судинах, у т.ч. на коронарних судинах (стентування, шунтування);</p> <p>20.4.19. медикаментів, що входять в схему лікування, але не мають прямої патогенетичної дії (стимулятори загальної дії, препарати метаболічної дії, полівітамінні та вітамінно-мінеральні комплекси, гепатопротектори, хондропротектори [тобто препарати, що містять у своєму складі хондроїтин-сульфат, D-глюкозамін, або гіалуронову кислоту], імуномодулятори, системні ензими, ангіопротектори та інші); а також гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статини, окрім 1 місяця лікування при гострому інфаркті міокарда), простагландинів, матеріалів для алло- і ксенопластики, біологічно активних (харчових) добавок; дезінфікуючих засобів, предметів гігієни, шампунів, кремів, паст, сольових розчинів тощо; препаратів урсодезоксіхолієвої кислоти ("Урсофальк" та інші);</p> <p>20.4.20. видалення бородавок, папілом, невусів, ліпом, атером, гігром, гемангіом тощо, за винятком ускладнених випадків (травмування, кровотеча, нагноєння);</p> <p>20.4.21. проведення пластичних операцій; оперативних втручань, пов'язаних з пересадкою органів і тканин Застрахованій особі (окрім пересадки тканин, як етап лікування травматичного ушкодження), в т.ч. переливанням крові та її компонентів; оперативних втручань та маніпуляцій, направлених на профілактику можливих ускладнень захворювання; медичних послуг, пов'язаних з проведенням донорських операцій, коли донором є Застрахована особа, а також наслідків цих операцій;</p> <p>20.4.22. медичних довідок щодо придатності до керування транспортними засобами, для отримання дозволу на зброю, на вступ до учбових/дитячих закладів, довідок в басейн, проходження профілактичних оглядів, довідок для санаторно-курортного лікування та інших</p> <p>20.4.23. допоміжних медикаментів, призначених з метою підготовки до обстежень, якщо вони не спрямовані на безпосереднє лікування основного захворювання;</p> <p>20.4.24. стоматологічних послуг;</p> <p>20.4.25. медикаментозних препаратів при застосуванні двох або більше аналогічних препаратів (різні назви одного препарату, виробленого різними фармакологічними компаніями) та/або однакової фармакотерапевтичної групи за класифікацією АТХ ВООЗ не нижче третього рівня деталізації;</p> <p>20.4.26. благодійних внесків, страхових платежів за іншими Договорами страхування;</p> <p>20.4.27. перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;</p> <p>20.4.28. послуг косметолога, сурдолога, подолога, трихолога, логопеда, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога, імунолога, нарколога, психолога, психіатра, психотерапевта, психоаналітика, психоневролога (окрім невропатолога), гомеопата;</p> <p>20.4.29. транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної медичної допомоги;</p> <p>20.4.30. комплексного лікування станів, що вимагає застосування замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.), окрім ферментів підшлункової залози терміном до 14 (чотирнадцяти) діб; застосуванням</p>
--	---

	<p>препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо); гормональних спіралей типу "Мірена";</p> <p>20.4.31. послуг та 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;</p> <p>20.4.32. послуг та медикаментів, необхідність отримання яких пов'язана з вагітністю, пологами, а також тестів на виявлення вагітності; будь-яких медичних послуг, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з чоловічим / жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням і вагітністю (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) та наслідків патологічної вагітності (крім випадків переривання вагітності за медичними показниками при загрозі життю матері);</p> <p>20.4.33. лікування більше двох загострень кожного хронічного захворювання, що не є винятком зі страхових випадків, протягом строку дії Договору страхування;</p> <p>20.4.34. лікування важких захворювань (гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу, менінгіт, енцефаліт, тощо) строком понад 2 місяці;</p> <p>20.4.35. будь-якої діагностики, якщо вона: направлена на уточнення причини, ступеню, стадії та / або призначення схеми лікування захворювання, оплата лікування якого не передбачена умовами договору; пошуку супутньої патології, яка не має прямого відношення до причини звернення пацієнта (гіпердіагностика); контрольної діагностики за результатами лікування;</p> <p>20.4.36. послуг та 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, а також послуг/медикаментів пов'язаних з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями;</p> <p>20.4.37. медичної допомоги, необхідність у наданні якої виникла внаслідок заняття Застрахованою особою спортом на професійному рівні або занять екстремальними видами спорту, пов'язаних з високим ризиком для здоров'я (гірські лижі, мотоспорт, дельтатланеризм, альпінізм, бокс, стрибки з парашутом, сноуборд, дайвінг, серфінг та інші);</p> <p>20.4.38. послуг та медикаментів, призначених особі, що не є Застрахованою особою або при використанні картки Застрахованої особи особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг.</p> <p>20.5. За погодженням Сторін у Частині 1 Договору може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 20 Частини 2 Договору перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування.</p>
21.Порядок вирішення спорів	<p>21.1. Механізм захисту прав споживачів фінансових послуг в АТ «СК «Країна» визначений в «Порядку реєстрації, розгляду та опрацювання звернень до АТ «СК «Країна» громадян, юридичних осіб, органів державної влади України та місцевого самоврядування». Спірні питання по Договору страхування між Страхувальником, Застрахованою особою (її законним представником, спадкоємцем) та Страховиком вирішуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірних питаннях не призведуть до обопільної домовленості Сторін, вирішення суперечок здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України, в тому числі шляхом звернення до суду.</p> <p>21.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug</p>
22.Контактні дані для звернення у разі настання події,	<p>22.1. Адреса для листування: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, поверх 9-10</p>

що має ознаки страхового випадку	<p>22.2. Телефон: 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back»)</p> <p>22.3. Адреса електронної пошти: med@krayina.com</p> <p>22.4. Адреса електронної пошти для подання документів на здійснення страхової виплати в електронному вигляді: medpay@krayina.com;</p> <p>22.5. Сайт Страховика: www.krayina.com</p>
23. Інші умови	<p>23.1. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування, викладені в Загальних умовах страхового продукту «Медичне страхування (корпоративне)».</p> <p>23.2. Якщо Застрахована особа знаходиться на лікуванні в закладі охорони здоров'я, куди вона потрапила ще під час дії цього Договору, а дія страхового захисту припиняється через несплату страхових платежів (п. 12.13.3. Частини 2 Договору), Страховик сплачує закладу охорони здоров'я повну вартість лікування Застрахованої особи і заявляє зворотну вимогу (регрес) Страхувальнику у сумі, що складає різницю між сплаченою Страховиком вартістю лікування Застрахованої особи та частиною від страхової суми або відповідного ліміту відповідальності, пропорційній строку дії Договору до його припинення.</p> <p>23.3. У разі, коли застрахована особа потрапляє на стаціонарне лікування в заклад охорони здоров'я під час дії Договору, і протягом лікування дія страхового захисту припиняється через закінчення строку його дії (п. 12.13.1. Частини 2 Договору), Страховик сплачує закладу охорони здоров'я вартість лікування застрахованої особи, яке не перевищує 14 (чотирнадцяти) календарних днів від дати закінчення Договору.</p> <p>23.4. Сторони погодились, що місцем виконання Договору (місцем виконання зобов'язання) є місцезнаходження Страховика, а саме: юридична адреса Страховика.</p> <p>23.5. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено за цим Договором окремий порядок їх надання).</p> <p>23.6. За погодженням Сторін, у Частині 1 Договору може бути змінено або доповнено наведені у Частині 2 Договору умови.</p> <p>23.7. Якщо будь-яке положення цього Договору буде визнано недійсним, це не тягне за собою недійсність Договору в цілому.</p> <p>23.8. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», Страхувальник/Застрахована особа, згідно цього Договору страхування, надають згоду АТ «СК «Країна» на обробку їх персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщеному на офіційному сайті компанії https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhhivachiv-finansovikh-poslug).</p> <p>23.9. Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування Страховиком надана вся необхідна та повна інформація в порядку та обсязі відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування», підписанням Частини 1 цього Договору, Страхувальник підтверджує, що йому у повному обсязі надана доступна та вичерпна інформація про страховий продукт, Страховика та страхового посередника (за наявності), шляхом надання посилання - https://krayina.com, https://krayina.com/page/rozkritttya-informatsii, а рішення укласти Договір прийнято усвідомлено. Страхувальнику доведений до відома Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком, розміщений за посиланням: https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhhivachiv-finansovikh-poslug. Захист прав споживачів фінансових послуг здійснює Національний банк України та інші державні органи в межах своєї компетенції.</p>

	23.10. Страхувальник, Вигодонабувач, одержувач страхового відшкодування, Застрахована особа, потерпілий надає дозвіл (згоду) на здійснення використання відкритих мережових сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом (Страховик здійснює приймання, оброблення, зберігання, надсилання електронних документів та інформації, потрібної для створення електронних документів, з дотриманням вимог законодавства України щодо захисту персональних даних, таємниці страхування, комерційної таємниці, таємниці фінансового моніторингу).
--	--

Підпис Страховик
Прізвище, ініціали