

Додаток 1 до Публічної частини договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) Програми «Страхування від коронавірусу COVID – 19» від 01.12.2020 р.



A+	"брендові" приватні медичні заклади надвисокої цінової категорії
A1	приватні медичні заклади високої цінової категорії
A2	приватні медичні заклади середньої цінової категорії
A3	приватні медичні заклади помірної цінової категорії
B	відомі медичні заклади
C	державні/комунальні медичні заклади

1. Добровільне медичне страхування (ДМС)

Страховим випадком по добровільному медичному страхуванню є факт отримання Застрахованою особою у закладах охорони здоров'я (для потреб цього договору Зкладами охорони здоров'я розуміються Медичні установи), передбачених Договором або погоджених зі Страховиком, медичних послуг, у межах переліку та обсягів, передбачених Договором, а також отримання необхідних медикаментів та матеріалів, що призначені лікуючим лікарем, з приводу захворювання на коронавірусну хворобу (COVID – 19), яку спричиняє коронавірус SARS-CoV-2, не більше ніж 1 раз протягом дії Договору страхування, вперше виявленого в період дії цього Договору, який документально підтверджений ПЛР-тестом сертифікованої лабораторії. Виключенням із загального правила є страховим також випадок, якщо по першому страховому випадку відбулося виключно звернення до сімейного лікаря або розмір страхової виплати не перевищує 350 грн., – в такому разі Договір страхування продовжує свою дію на наступний страховий випадок або до кінця дії Договору, та після другого страхового випадку або закінчення строку дії Договору страхування припиняє свою дію. Страховик не оплачує медичні послуги та медикаментозне лікування за одним страховим випадком, тривалістю більше 30 діб з дати настання страхового випадку. Протягом перших 10 днів з дати набуття чинності Договором Страховик не приймає до розгляду будь-які звернення ЗО з приводу виникнення хвороби та не гарантує лікування по випадкам, що відбулись у цей період, випадки, що мали місце з цей період не є страховими випадками в розумінні цього договору. З 11-го дня дії Договору, Страховик несе зобов'язання по всіх страхових випадках, передбачених обраною Програмою страхування.

Загальна кількість Застрахованих осіб		
Місце проживання та обслуговування		
Територія дії договору страхування	Україна	Україна
Програма страхування	ДМС лікування COVID 19	ДМС лікування COVID 19 розширена (з ПЛР тестом)
Кількість Застрахованих осіб по Програмах		
Страхова сума, грн.	50 000,00	50 000,00
Страховий платіж на 1 Застраховану особу на 1 рік, грн.	750,00	2 200,00
Амбулаторно-поліклінічна допомога		
Ліміт на послуги	Ліміт 5 000 грн.	Ліміт 5 000 грн.
Рівень клінік	A2, B, C 100% покриття	A2, B, C 100% покриття
Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря	У межах ліміту на амбулаторно-поліклінічну допомогу	У межах ліміту на амбулаторно-поліклінічну допомогу
Первинна консультація сімейного лікаря до отримання позитивного ПЛР-тесту	ні (ЗО самостійно звертається та сплачує дану послугу)	ні (ЗО самостійно звертається та сплачує дану послугу)
Консультації спеціалістів за профілем захворювання до отримання позитивного ПЛР-тесту	ні (ЗО самостійно звертається та сплачує дану послугу)	ні (ЗО самостійно звертається та сплачує дану послугу)
Консультації спеціалістів за профілем захворювання після отримання позитивного ПЛР-тесту	так	так
Консультації спеціалістів за профілем захворювання після отримання позитивного ПЛР-тесту	так	так
Консультації спеціалістів за профілем захворювання після отримання позитивного ПЛР-тесту	так	так
Встановлення остаточного діагнозу	так, виключно сімейним лікарем	так, виключно сімейним лікарем
Діагностика ПЛР тестом за призначенням лікаря	ні (ЗО самостійно звертається та сплачує дану послугу)	так, 1 раз протягом дії договору, в тому числі і самостійно оплачений ПЛР тест за призначенням лікаря
Призначення схеми лікування (виписка рецептів на придбання медикаментів, роз'яснення щодо прийому медикаментів)	так	так
Діагностичне обстеження за профілем захворювання (а також методів з використанням спеціальної діагностичних препаратів, тест-систем та аналізаторів)	так	так
Лабораторні та інструментальні обстеження за профілем захворювання	так	так
Амбулаторне консервативне та оперативне лікування	так	так
Оформлення листів тимчасової непрацездатності	так, виключно у сімейного лікаря	так, виключно у сімейного лікаря
Доставка медикаментів (при наданні такої послуги аптечними мережами у відповідному регіоні), можлива безкоштовна доставка	так	так
Компенсація витратчених за власний рахунок коштів, за наявності висновку лікаря та інших підтверджуючих документів	так	так
Стационарна допомога		
Ліміт на послуги	У межах страхової суми тільки екстрена	У межах страхової суми тільки екстрена
Рівень клінік	B, C 100% покриття	B, C 100% покриття
Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря	У межах страхової суми	У межах страхової суми
Категорія палат	Стандартні	Стандартні
Екстренне консервативне лікування в умовах стаціонару	так	так
Екстренне оперативне лікування в умовах стаціонару	так	так
Консультації фахівців за профілем захворювання	так	так
Діагностичні обстеження за профілем захворювання	так	так
Медикаментозне забезпечення	так	так
Доставка медикаментів до стаціонару	так	так
Оформлення медичної документації	так	так
Догляд середнім медичним персоналом лікаря	так	так
Перебування у відділенні інтенсивної терапії	так	так
Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі	так	так
Виконання інвазивних маніпуляцій	так	так
Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань	так	так
Швидка допомога		
Ліміт на послуги	У межах страхової суми	У межах страхової суми
Рівень клінік	B, C 100% покриття	B, C 100% покриття
Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря	У межах страхової суми	У межах страхової суми
Швидковий виклики швидкої та невідкладної медичної допомоги	так	так
Експрес-діагностика	так	так
Первинне обстеження та встановлення первинного діагнозу	так	так
Надання невідкладної медичної допомоги	так	так
Транспортування до лікувального закладу	так	так
Медикаментозне забезпечення	так	так
Додаткові послуги без доплати до страхового платежу		
Закріплення довіреного Страховиком лікаря-куратора	так	так
Можливість обслуговування під час від'їжджень по Україні в будь-яких клініках держави того рівня, що передбачений програмою страхування	так	так

ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПАТІВ ЗО. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИТРАТ

- Якщо (у разі настання страхового випадку) ЗО за угодженням зі Страховиком сама сплатила витрати отриманих Послуг чи придбала медикаменти за виписаними лікарем рецептами, для отримання нею страхової виплати у розмірі понесених витрат у межах страхової суми ЗО/Страховальник, або, у разі смерті ЗО – Спадкоємець, повинен звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.
 - До заяви мають бути додані такі документи:
 - документ, що ідентифікує ЗО або спадкоємця (паспорт, посвідчення водія, тимчасове посвідчення особи громадянина України тощо), якщо ЗО неповнолітній — паспорт одного із батьків та копію свідоцтва про народження;
 - копію Договору страхування (індивідуальної картки ЗО) або вказати № Договору страхування та індивідуальної картки ЗО;
 - копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера особи, що отримує виплату;
 - висновок лікаря медичного закладу з діагнозом і переліком призначених у зв'язку з даним захворюванням Послуг (обстеження, процедури і т.п.) та медикаментів або їх копії;
 - відповідні акти розслідувань нещасних випадків, згідно з чинним законодавством України;
 - фінансовий чек (розрахункова квитанція, квитанція до касового ордеру) про сплату отриманих ЗО Послуг чи медикаментів (у разі відсутності в фінансовому чеку назви придбаних медикаментів, необхідно додатково надати товарний чек з переліком конкретних медикаментів, що були придбані);
 - акт виконаних робіт (рахунок-калькуляцію) про надання ЗО Послуг (з детальним переліком), результати додаткових обстежень;
 - протоколи, постанови, рішення, акти, вироки, видані відповідними компетентними (уповноваженими) державними органами (посадовими особами), у яких зазначені обставини і причини виникнення страхової події, розмір збитку або понесених витрат – при необхідності;
 - у випадку смерті ЗО: копію свідоцтва про смерть, виданого відповідним державним органом реєстрації актів громадянського стану, довідку за закладу охорони здоров'я про причини смерті, а у випадку оголошення його померлим або визнання безвісно відсутнім – судові рішення, яке набрало законної сили – податся спадкоємцями Застрахованої особи;
 - документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – податся спадкоємцями Застрахованої особи;
 - листот непрацездатності або його копії.
 - У разі придбання ЗО за власні кошти медикаментів (витратні медичні матеріали) в період лікування в стаціонарі, ЗО надає виписку з медичної карти з переліком призначених медикаментів (витратних медичних матеріалів), необхідних для проведення призначеного курсу лікування.
 - Інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку.
 - Програмою страхування також може бути передбачено здійснення страхової виплати з урахуванням франшизи (Додаток 3 до цього Договору).
 - Документи на здійснення страхової виплати повинні бути надані Страховиком протягом 10 днів після проведення оплати вартості Послуг Застрахованою особою. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, документи подаються як тільки це стане можливим, з обґрунтуванням причин затримки.
 - Якщо документи видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 5 (п'яти) робочих днів з дня їх отримання ЗО чи спадкоємцями ЗО, у випадку смерті ЗО.
 - Копії документів, що подаються Страховику повинні бути засвідчені у встановленому чинним законодавством України порядку.
 - Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо ЗО (Страховальнику) приймається протягом не більше ніж 10 (десять) робочих днів від дати подання всіх необхідних документів Застрахованою особою.
 - Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше одного місяця з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, і повідомляється в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.
 - Страхову виплату Застрахованій особі (Страховальнику) у безготівковій формі Страховик здійснює протягом не більше ніж 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату.
 - Сплата страхових виплат здійснюється в національній валюті України.
- Несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та є необхідними для здійснення страхової виплати, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.