

Загальні умови страхового продукту
«Медичне страхування (корпоративне)»

1.	Ведення редакції в дію	виведено з дії
2.	Клас страхування, ризик	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» Ризик у межах класу страхування – медичне страхування.
3.	Сфера застосування загальних умов	<p>3.1. Ці Загальні умови поширюються на окремо визначенні Страховиком Договори медичного страхування, що розробляються індивідуально для конкретного Страхувальника за рішенням Страховика.</p> <p>3.2. Загальні умови розробляються і затверджуються Страховиком відповідно до Закону України «Про страхування» (далі – Закон про страхування), внутрішньої політики Страховика з андерайтингу, внутрішньої політики Страховика з розроблення та впровадження страхових продуктів, а також інших внутрішніх документів Страховика.</p> <p>3.3. Загальні умови визначають загальні умови і порядок здійснення страхування за страховим продуктом.</p> <p>3.4. Обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, визначаються в договорі страхування при його укладенні відповідно до цих Загальних умов.</p> <p>3.5. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.</p>
4.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	<p>4.1. Альтернативна консультація - це консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку винятків), за яким вже є встановлений попередній та/або остаточний діагноз і надані рекомендації.</p> <p>4.2. Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору та Програми страхування.</p> <p>4.3. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.</p> <p>4.4. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я та/або загрожувати її життю.</p> <p>4.5. Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.</p> <p>4.6. Договір (Договір страхування) – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату особі, визначеній договором страхування або законодавством шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості, в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію</p>

	<p>у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.</p> <p>4.7. Додаткові розхідні матеріали (витратні матеріали) – вироби медичного призначення, окрім наступного переліку: спирт, шприци та голки одноразові для ін'єкцій, катетери для системи кровообігу, засоби для вливання крові; марля медична, пакети перев'язочні, пов'язки перев'язочні, вата медична, бинти марлеві, гіпсові бинти; лейкопластири; рукавички латексні (стерильні та нестерильні), рукавички спеціальні (вінілові, нітрилові); рентгенівські плівки; шовний матеріал; голки та набори для анестезії (епідуральний, спинальний); скальпелі, леза.</p> <p>4.8. Екстремальні види спорту – види спорту, що несуть підвищену небезпеку для життя та здоров'я Застрахованої особи включаючи, але не обмежуючись заняття альпінізмом, скелелазінням, спелеологією; планеризмом, стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння»; верховою їздою, кінним спортом, катанням на тваринах; фрістайл-акробатикою; дайвінгом, підводними видами спорту чи розваг; мото- та автоспортом, а також іншими видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин; контактними видами спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, рукопашний бій, традиційне карате, кікбоксінг, бокс, дзюдо, боротьба самбо); хокеєм з шайбою; важкою атлетикою; спортивною гімнастикою; багатоборством; регбі; гірськолижним (у т.ч. катання на сноуборді) та лижним спортом (крім бігових лиж); бобслеєм; катанням на ковзанах (крім непрофесійного катання в спеціально обладнаних для цього місцях); водним туризмом; слаломом; художньою гімнастикою; легкою атлетикою; стрільбою з лука; стендовою та кульовою стрільбою; фехтуванням; віндсерфінгом; вітрильним спортом; акробатикою; стрибками на батуті; велосипедним спортом (участь в будь-яких змаганнях та гонках з велоспорту; заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, BMX, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу та мотокросу).</p> <p>4.9. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин) стаціонарному лікуванні.</p> <p>4.10. Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога – це комплекс заходів, що надається Застрахованій особі при гострому зубному болю, в екстреному порядку, при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до Страховика. Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога надається виключно при: гострому глибокому карієсі, всіх формах пульпітів, загостренні всіх хронічних форм періодонтитів, періоститі, альвеоліті, остеомієліті, перікоронариті, флегмоні і абсцесі щелепно-лицьової області, невралгії трійчастого нерва, закупорці проток слинних залоз.</p> <p>4.11. Загострення хронічного захворювання – період перебігу хронічного захворювання впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та/або іншого лікування до досягнення стадії</p>
--	---

	<p>ремисії, зняття стадії загострення, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я, структурних змін та функціональних розладів тканин та органів та/або загрожувати життю Застрахованої особи.</p> <p>4.12. Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.</p> <p>4.13. Застрахована особа (ЗО) – фізична особа – працівник Страхувальника, прийнятий на роботу на відповідну посаду або з яким встановлені інші форми трудових відносин, член сім'ї працівника та інша фізична особа, яка вказана в Договорі за погодженням Сторін.</p> <p>4.14. Зняття больового синдрому - в рамках Договору – зняття болю, що надається в обсязі забезпечення препаратами із знеболювальною дією протягом 7 днів на один випадок.</p> <p>4.15. Картка Застрахованої особи (Картка) – індивідуальна пластикова або електронна картка, що видається Страховиком кожній Застрахованій особі та засвічує факт страхування цієї особи.</p> <p>4.16. Категорія закладу охорони здоров'я – категорія, що присвоюється кожному закладу охорони здоров'я за рішенням Страховика в залежності від вартості послуг та сервісної політики закладу охорони здоров'я.</p> <p>4.17. Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.</p> <p>4.18. Ліміт страхової суми – встановлене Договором страхування обмеження в сумі виплати по одному чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, виду збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми, в рамках якої він встановлюється.</p> <p>4.19. Медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.</p> <p>4.20. Медичне устаткування – це товари медичного призначення, що передбачені Українською класифікацією товарів зовнішньоекономічної діяльності (коди 9018 11 00 00 – 9021 90 90 00).</p> <p>4.21. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) - документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Чинною вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнається розділ МКХ.</p> <p>4.22. Невідкладна (екстрена) медична допомога (Невідкладна допомога) – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної</p>
--	---

	<p>медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям. Невідкладна медична допомога включає: виїзд бригади екстреної медичної допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури в рамках ресурсів бригади, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого, медикаментозне забезпечення в рамках ресурсів бригади виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги, медичну допомогу травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше), транспортування каретою невідкладної допомоги за медичними показаннями.</p> <p>4.23. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.</p> <p>4.23.1. Під заподіянням шкоди здоров'ю слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно – мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.</p> <p>4.23.2. До факторів зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої ЗО, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання ЗО або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.</p> <p>4.24. Нозологічна одиниця – це певна хвороба, яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.</p> <p>4.25. Оздоровчі послуги - послуги, що надаються оздоровчим закладом чи особою, що мають ліцензію на надання відповідного виду оздоровчих послуг.</p> <p>4.26. Організація послуги – факт запису Застрахованої особи на консультацію, здійснення виклику лікаря або швидкої невідкладної допомоги, відправки заявки на отримання лікарських засобів в аптеку тощо.</p> <p>4.27. Основне захворювання – основним вважається те захворювання (травма), яке саме по собі або через свої ускладнення стало приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації та/або смерті. В якості основного захворювання повинна фігурувати тільки певна нозологічна одиниця.</p> <p>4.28. Основний клінічний діагноз - діагноз, який має бути сформульованим протягом трьох днів від початку обстеження Застрахованої особи, на його підставі виробляється подальша діагностична і терапевтична тактика.</p>
--	---

	<p>4.29. Остаточний діагноз - діагноз, який формується після завершення обстеження Застрахованої особи (тобто, коли діагноз є повністю обґрунтованим).</p> <p>4.30. Планова медична допомога (лікування в плановому порядку) – комплекс медичних послуг, що надається при розладах здоров'я Застрахованої особи, що не становлять безпосередньої загрози її життю.</p> <p>4.31. Планова операція – операція, що може бути відкладеною більше, ніж на 48 годин від моменту постановки діагнозу.</p> <p>4.32. Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин.</p> <p>4.33. Планова стоматологічна допомога – це комплекс стоматологічних маніпуляцій, що включає лікування карієсу і його ускладнень, усунення дефектів тканин зуба некаріозної природи шляхом пломбування, видалення зубних відкладень, лікування захворювань тканин пародонту, видалення зруйнованих зубів і їх коренів, що не підлягають консервативному лікуванню, ортодонтичне та ортопедичне лікування (при наявності у Програмі страхування).</p> <p>4.34. Повторна консультація – консультація по результатам досліджень та/або проведеного лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.</p> <p>4.35. Попередній діагноз – діагноз, який оформлюється безпосередньо при зверненні Застрахованої особи за медичною допомогою, визначає обсяг первинного діагностичного обстеження і початкову терапевтичну тактику.</p> <p>4.36. Провідні фахівці – провідні спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік та будь-які інші спеціалісти закладу охорони здоров'я, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг інших спеціалістів у преїскуранті цього закладу охорони здоров'я.</p> <p>4.37. Професійний спорт - комерційний напрям діяльності у спорті, пов'язаний з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні з метою отримання прибутку.</p> <p>4.38. Реконструктивні операції – втручання, що відновлюють або корегують функцію органу, частини тіла.</p> <p>4.39. Розлад здоров'я Застрахованої особи – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем її організму.</p> <p>4.40. Стабілізація стану – перебування Застрахованої особи в стані свідомості при відсутності прямої загрози життю.</p> <p>4.41. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до законодавства.</p> <p>4.42. Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.</p>
--	--

		<p>4.43. Страховий премія (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.</p> <p>4.44. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або закону.</p> <p>4.45. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.</p> <p>4.46. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.</p> <p>4.47. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.</p> <p>4.48. Супутнє захворювання – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, яка не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.</p> <p>4.49. Травма - ушкодження тканин внаслідок впливу зовнішніх факторів (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення, розрив або втрата органів, поранення або розрив сухожилля, розтягнення зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дії іншої особи).</p> <p>4.50. Фітопрепарат – будь-який лікарський засіб, що містить виключно діючу(і) речовину(и) з однієї або більше рослинних субстанцій.</p> <p>4.51. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування та/або законодавством.</p> <p>4.52. Хондропротектор – будь-який лікарський засіб з діючою речовиною хондроїтин сульфат або глюкозамін.</p> <p>4.53. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.</p> <p>4.54. Хронічне захворювання в стадії ремісії (поза стадією загострення) - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).</p> <p>4.55. Член сім'ї Застрахованої особи - особи першого ступеня споріднення із Застрахованою особою – чоловік/дружина, які перебувають в зареєстрованому шлюбі з Застрахованою особою, діти, батьки, віком не старших 60 років (станом на останній день дії Договору).</p> <p>4.56. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 4 Загальних умов перелік понять та термінів.</p>
5.	Умови страхового покриття за договором страхування	<p>5.1. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб, зазначених в Договорі.</p> <p>5.2. Страховим ризиком є гостре захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.</p> <p>5.3. Страховим випадком є факт отримання Застрахованою особою в закладах охорони здоров'я медичних та інших послуг,</p>

		<p>медикаментів, матеріалів, у межах переліку та в обсягах, передбачених Договором, у зв'язку з настанням подій, зазначених у п.5.2. Загальних умов, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату, відповідно до умов Договору та Програми страхування.</p> <p>5.4. Для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік та обсяг видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, категорії ЗОЗ, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).</p> <p>5.5. Строк дії Договору встановлюються Договором.</p> <p>5.6. Страхова сума для кожної окремої Застрахованої особи встановлюється Договором. Страхова сума є агрегатною, тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати.</p> <p>5.7. Страхова премія для кожної окремої Застрахованої особи та загальна страхова премія за Договором встановлюються Договором.</p> <p>5.8. У Договорі, укладеному відповідно до цих Загальних умов, страховий тариф не визначається.</p> <p>5.9. 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> <p>5.10. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведені у Розділі 5 Загальних умов умови страхового покриття за Договором.</p>
6.	Права та обов'язки Сторін	<p>6.1. Страхувальник має право:</p> <p>6.1.1. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відмовитись від Договору страхування на умовах, визначених у Розділах 8 та 9 Загальних умов;</p> <p>6.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника;</p> <p>6.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;</p> <p>6.1.4. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;</p> <p>6.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.</p> <p>6.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>6.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;</p> <p>6.2.2. 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>6.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;</p>

	<p>6.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;</p> <p>6.2.5. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування);</p> <p>6.2.6. 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 необов'язковим;</p> <p>6.2.7. забезпечити за письмовою вимогою Страховика заповнення Застрахованими особами Декларації про Здоров'я встановленого Страховиком зразка;</p> <p>6.2.8. 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>6.3. Страховик має право:</p> <p>6.3.1. 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>6.3.2. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору, так і протягом дії Договору;</p> <p>6.3.3. 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>6.3.4. 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>6.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору страхування;</p> <p>6.3.6. 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>6.3.7. 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>6.3.8. у разі виявлення факту, що Застрахована особа входила на момент укладення Договору до переліку осіб, на користь яких не</p>
--	---

	<p>може бути укладено Договір згідно п. 15.1. Загальних умов, достроково припинити дію Договору відносно такої особи без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору;</p> <p>6.3.9. 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. При цьому, Страховик письмово повідомляє Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого включення;</p> <p>6.3.10. 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. При цьому, Страховик письмово повідомляє Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого виключення;</p> <p>6.3.11. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відповідно до умов Договору;</p> <p>6.3.12. у разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому законодавством України .</p> <p>6.4. Страховик зобов'язаний:</p> <p>6.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;</p> <p>6.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування;</p> <p>6.4.3. 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>6.5. Застрахована особа має право:</p> <p>6.5.1. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному в Програмі страхування;</p> <p>6.5.2. отримати від Страховика своєчасну організацію медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, передбачених Договором у відповідності до його умов;</p> <p>6.5.3. вчиняти дії, передбачені п. 6.1.3, 6.1.4., 6.1.5. Загальних умов.</p> <p>6.6. Застрахована особа зобов'язана:</p> <p>6.6.1. 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>6.6.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;</p> <p>6.6.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;</p> <p>6.6.4. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у ЗОЗ;</p> <p>6.6.5. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги, наданої внаслідок:</p>
--	---

		<p>6.6.5.1. передачі Застрахованою особою страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;</p> <p>6.6.5.2. ускладнення захворювання внаслідок порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;</p> <p>6.6.5.3. 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>6.6.5.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;</p> <p>6.6.5.5. 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 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>6.6.5.6. 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>6.6.6. витрати Страховика, зазначені в п.п.6.6.5. п.6.6 Розділу 6 Загальних умов, 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>6.6.7. 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> <p>6.7. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведені у Розділі 6 Загальних умов права та обов'язки Сторін.</p>
7.	Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору	<p>7.1. Відповідальність Сторін:</p> <p>7.1.1. 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>7.1.2. 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, безлади, 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>7.1.3. 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>
8.	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх	8.1. 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.

	правові наслідки	<p>8.2. 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>8.3. Сторони можуть вносити зміни до Переліку (списку) Застрахованих осіб. Порядок внесення змін в Договір, що стосується виключення та / або включення Застрахованих осіб до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, зміни для окремих Застрахованих осіб Програми страхування, строків повідомлення Страхувальником про зміни в переліку Застрахованих осіб та строки внесення відповідних змін до Договору Сторонами, застосування передбачених Договором формул, розрахунків та умов для визначенні страхової премії по відношенню до осіб, які підлягають страхуванню на термін менше 1 (одного) року, порядок розрахунку лімітів за опціями Програми страхування для таких осіб, формулу розрахунку суми до повернення у разі виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, умови та порядок застосування зміни Програми страхування для окремих Застрахованих осіб за Договором страхування, випадки та умови заміни однієї Застрахованої особи іншою, а також інші випадки, формули та розрахунки, погоджуються Сторонами в Договорі страхування.</p> <p>8.4. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:</p> <p>8.4.1. 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> <p>8.4.2. 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>8.5. 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>8.6. Заміна Сторін у Договорі страхування:</p> <p>8.6.1. 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>8.6.2. у разі визнання судом фізичної особи - Страхувальника недієздатною, права і обов'язки такої особи за Договором страхування переходять до її опікуна;</p> <p>8.6.3. 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>8.6.4. якщо Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.</p> <p>8.7. 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>8.8. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика.</p> <p>8.9. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>8.9.1. закінчення строку дії Договору страхування;</p> <p>8.9.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;</p> <p>8.9.3. 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>8.9.3.1. 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, 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.</p> <p>8.9.3.2. Якщо чергова частина страхової премії за цим Договором оплачена після припинення його дії, відповідно до п.8.9.3 цього Розділу. 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.</p> <p>8.9.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);</p> <p>8.9.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;</p>
--	---

	<p>8.9.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;</p> <p>8.9.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.</p> <p>8.10. 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.</p> <p>8.11. 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.</p> <p>8.12. 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.</p> <p>8.13. 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:</p> <p>8.13.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами Договору, за таких обставин:</p> <p>8.13.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування;</p> <p>8.13.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>8.13.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 393 Податкового кодексу України;</p> <p>8.13.2. 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> <p>8.14. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у Договору страхування.</p> <p>8.15. 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>8.15.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;</p> <p>8.15.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>8.15.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;</p> <p>8.15.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.</p>
--	--

		<p>8.16. 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>8.17. 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>8.18. При достроковому розірванні договору повернення страхових платежів здійснюється виключно Страхувальнику.</p> <p>8.19. 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>8.20. 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>8.21. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.</p> <p>8.22. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 8 Загальних умов порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки.</p>
9.	Порядок відмови від договору страхування	<p>9.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів, з дня укладення Договору страхування відмовитись від такого Договору без пояснення причин, крім:</p> <p>9.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</p> <p>9.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.</p> <p>9.2. 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>9.3. Про намір відмовитись від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.</p>
10.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>10.1. У разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа для одержання медичної допомоги зобов'язана:</p> <p>10.1.1. 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 за іншим номером телефону, вказаному в Договорі страхування 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,</p>

	<p>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 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) для надання невідкладної медичної допомоги, 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 Страховику про такий випадок.</p> <p>10.1.2. Для запису на консультацію до лікаря Застрахована особа може використовувати альтернативний зв'язок через офіційні канали компанії у месенджерах Viber, Telegram та Facebook. Запис до лікаря онлайн bot: www.krayina.com/bots.</p> <p>10.1.3. 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 цього Договору;– індивідуальний номер картки застрахованої особи;– місце роботи, місце проживання;– причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям або замовлення медичних та інших послуги, передбачених Програмою страхування);– місце перебування;– контактний телефон. <p>10.1.4. 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 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>10.1.5. 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>10.1.6. 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>10.1.7. 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 страхову виплату та її розмір;</p> <p>10.1.8. попередити заклад охорони здоров'я про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для</p>
--	---

		<p>отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку;</p> <p>10.2. Нemoжливiсть 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>10.3. 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>10.4. 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> <p>10.5. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 10 Загальних умов Договору порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.</p>
11.	Порядок розрахунку страхових виплат	<p>11.1. 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>11.2. 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>11.3. 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>
12.	Умови здійснення страхових виплат	<p>12.1. Страхова виплата здійснюється:</p> <p>12.1.1. закладам охорони здоров'я на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги (відпущені медикаменти та витратні матеріали) та їх вартість;</p> <p>12.1.2. Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю), у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених Договором страхування), після надання Застрахованою особою (її законним представником, спадкоємцем) всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.</p>

	<p>12.2. 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 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>12.3. 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>12.4. Якщо (у разі настання страхового випадку) Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих медичних чи інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними лікарем рецептами, то для отримання страхової виплати Застрахована особа (її законний представник або, у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець), повинна звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.</p> <p>12.5. До заяви мають бути додані такі документи:</p> <p>12.5.1. документи, що засвідчують Застраховану особу та/або особу - отримувача страхової виплати – копію паспорту (всі сторінки, що містять інформацію)/ паспорту, виготовленого у формі картки (дві сторони) разом з Довідкою (Витяг) про реєстрацію місця проживання, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків; якщо Застрахована особа неповнолітня — додатково копію свідоцтва про її народження;</p> <p>12.5.2. копію Договору страхування (картки Застрахованої особи) або вказати номер Договору страхування та картки застрахованої особи;</p> <p>12.5.3. копію висновку лікаря медичного закладу з діагнозом і переліком призначених у зв'язку з встановленим захворюванням медичних та інших послуг (обстеження, процедури і т.п.) та медикаментів;</p> <p>12.5.4. фіскальний чек або банківська квитанція про сплату отриманих Застрахованою особою послуг чи медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку або в банківській квитанції назви придбаних медикаментів та/або наданих послуг необхідно додатково надати товарний чек з переліком конкретних медикаментів, що були придбані та/або послуг, що були надані);</p> <p>12.5.5. акт виконаних робіт (рахунок-калькуляцію) про надання Застрахованій особі послуг (з детальним переліком), результати додаткових обстежень;</p> <p>12.5.6. протоколи, постанови, рішення, акти, вирoki, видані відповідними компетентними (уповноваженими) державними органами (посадовими особами), у яких зазначені обставини і причини виникнення страхової події, розмір збитку або понесені витрати – при необхідності;</p> <p>12.5.7. у випадку смерті Застрахованої особи: копію свідоцтва про смерть, виданого відповідним державним органом реєстрації актів громадянського стану, довідку з закладу охорони здоров'я про причини смерті, а у випадку оголошення застрахованої особи померлою або визнання безвісно відсутньою – судові рішення, яке набрало законної сили – подаються спадкоємцями Застрахованої особи;</p>
--	---

	<p>12.5.8. документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – подаються спадкоємцями Застрахованої особи;</p> <p>12.5.9. листок непрацездатності або його копію.</p> <p>12.5.10. у разі придбання Застрахованою особою за власні кошти медикаментів (витратних медичних матеріалів) в період лікування в стаціонарі, Застрахована особа надає виписку з медичної карти з переліком призначених медикаментів (витратних медичних матеріалів), необхідних для проведення призначеного курсу лікування.</p> <p>12.5.11. інші документи, які мають відношення до встановлення причин та наслідків страхового випадку, враховуючи обставини настання та характер страхового випадку.</p> <p>12.6. До документів, на підставі яких не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:</p> <p>12.6.1. документи, які оформлені не у відповідності з вимогами чинного законодавства України, та/або документи ЗОЗ, підприємств, установ, закладів та/або організацій, які створені та/або діють не на підставі чинного законодавства України;</p> <p>12.6.2. замовлення на доставку ліків та/чи надання медичної допомоги;</p> <p>12.6.3. довідки, талони, накладні, направлення на лікування, консультативні висновки, не завірені належним чином, калькуляції витрат;</p> <p>12.6.4. квитанції банку без порядкового номеру, коду ЄДРПОУ, підпису, печатки;</p> <p>12.6.5. товарні чеки;</p> <p>12.6.6. рахунки-фактури закладів охорони здоров'я без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій банку), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;</p> <p>12.6.7. документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній.</p> <p>12.7. Документи на здійснення страхової виплати повинні бути надані Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після проведення оплати вартості послуг, медикаментів Застрахованою особою. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, документи подаються як тільки це стане можливим, з обґрунтуванням причин затримки.</p> <p>12.8. 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 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня їх отримання Застрахованою особою чи спадкоємцями Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи.</p> <p>12.9. Документи надаються Страховику у формі оригінального або нотаріально завіреного примірника, або простих копій за умови надання Страховику можливості порівняння цих копій з оригінальними примірниками документів.</p> <p>12.10. Документи, оригінали яких складено на іноземній мові, повинні бути перекладені на українську мову (бюро перекладів) та завірені в порядку, визначеному чинним законодавством України.</p> <p>12.11. За рішенням Страховика документи можуть надаватися в електронному вигляді, в т.ч. скановані копії, фотокопії документів.</p>
--	--

		<p>12.12. Сторони погодили, що перелік документів, що можуть бути подані та підписані в електронному вигляді не є вичерпним і погоджується в кожному випадку Страховиком індивідуально. При цьому, Страховик має право вимагати надання документів, необхідних для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній в п. 12.9. Загальних умов.</p> <p>12.13. Якщо страхова виплата, згідно вимог законодавства щодо фінансового моніторингу підлягає перевірці, то Застрахована особа (її законний представник, спадкоємець) зобов'язана заповнити та надати Страховику Анкету фінансового моніторингу (форма надається Страховиком) разом з документами, необхідними для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній в п. 12.9. Загальних умов.</p> <p>12.14. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) приймається протягом 10 (десяти) робочих днів від дати подання всіх необхідних документів Застрахованою особою.</p> <p>12.15. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів 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.</p> <p>12.16. Страхову виплату Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) Страховик здійснює протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату.</p> <p>12.17. Сплата страхових виплат здійснюється у безготівковій формі в національній валюті України.</p> <p>12.18. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено умови здійснення страхових виплат, наведені у Розділі 12 Загальних умов.</p>
13.	Підстави відмови у страховій виплаті	<p>13.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:</p> <p>13.1.1. 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>13.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>13.1.3. 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>13.1.4. 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>13.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її законним представником, спадкоємцем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування</p>

		<p>або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);</p> <p>13.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 15 Загальних умов;</p> <p>13.1.7. несвоєчасне подання Страховику заяви та документів, необхідних для здійснення страхової виплати, згідно п. 12.7.-12.8. Загальних умов;</p> <p>13.1.8. 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>13.1.9. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.</p> <p>13.2. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 13 Загальних умов перелік підстав для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат.</p>
14.	Порядок укладення Договору страхування	<p>14.1. 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>14.2. У паперовій формі Договір укладається на паперовому носії шляхом підписання (проставлянням власноручних підписів) Договору за формою Страховика обома Сторонами. Підписанням Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з його умовами. Підписаний обома Сторонами Договір та додатки до нього (за наявності) видаються Страхувальнику одразу після його підписання.</p> <p>14.3. У електронному вигляді Договір укладається шляхом підписання Договору обома Сторонами з використанням кваліфікованого електронного підпису (КЕП) або удосконаленого електронного підпису (УЕП) з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>14.4. 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>14.5. Страховик направляє на електронну адресу або іншим способом, обраним Страхувальником, примірник 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>14.6. Страхувальник, підписуючи Договір, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що</p>

		<p>становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.</p> <p>14.7. Підписуючи Договір, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.</p> <p>14.8. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>14.9. 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> <p>14.10. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 14 Загальних умов порядок укладення Договору страхування.</p>
15.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	<p>15.1. Договір не може бути укладений на користь осіб:</p> <p>15.1.1. визнаних у встановленому порядку недієздатними;</p> <p>15.1.2. які на час укладення Договору перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);</p> <p>15.1.3. інвалідів I групи, дітей з інвалідністю; хворих на тяжкі неврологічні та психічні захворювання зокрема, порушення мозкового кровообігу, пухлин/и 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>15.1.4. які знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;</p> <p>15.1.5. осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі;</p> <p>15.1.6. віком понад 65 років на дату укладання Договору.</p> <p>15.2. 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>15.2.1. 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>15.2.2. 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</p>

	<p>токсичного сп'яніння; також лікування наслідків подій, щодо яких у Страховика є обґрунтована підозра, що вони стались 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 сировини також може бути слина, сеча, змиви з поверхні губ, шкіряного покриву обличчя та рук;</p> <p>15.2.3. професійні хвороби, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);</p> <p>15.2.4. венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, м'який шанкр, пахова гранульома, тощо); захворювання, що передаються переважно статевим шляхом відповідно до класифікації ВООЗ (хламідіоз, мікоплазмоз, уреоплазмоз, гарденельоз, кандидоз, трихомоніаз та папіломавірусна інфекція, у т.ч. аногенітальні кондиломи, тощо);</p> <p>15.2.5. 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>15.2.6. 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>15.2.7. безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція, наслідки патологічної вагітності;</p> <p>15.2.8. хронічна печінкова недостатність, хронічний гепатит, стеатогепатит, цироз та гепатоз печінки, вірусні гепатити В, С, D і т.д.;</p> <p>15.2.9. ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейро-циркуляторна дистонія), ДЕП (дисциркуляторна енцефалопатія), АГ(артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), атеросклероз, астено-невротичний синдром, 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>15.2.10. 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>15.2.11. інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.), окрім диференційної діагностики, але не більше двох збудників;</p> <p>15.2.12. функціональні порушення (синдром подразненого кишечника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисбактеріоз, дисбіоз, диспепсія, функціональний закреп тощо) у Застрахованих осіб віком старше 16 років;</p> <p>15.2.13. пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез,</p>
--	--

	<p>порушення кальцієвого, фосфорного обміну, метаболічний синдром, подагра, тощо);</p> <p>15.2.14. синдром набутого імунodefіциту (СНІД), похідний комплекс СНІД, вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) та пов'язані з ними захворювання, а також їх наслідки;</p> <p>15.2.15. онкологічні захворювання, доброякісні новоутворення, захворювання крові і кровотворної системи (в тому числі встановлення причин анемій, якщо немає вказівок на гостру кровотечу).</p> <p>15.3. 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>15.3.1. 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>15.3.2. 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>15.3.3. 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>15.3.4. хронічна ниркова недостатність, у т.ч. гемодіаліз;</p> <p>15.3.5. захворювання шкіри, волосся та нігтів (вугри, псоріаз, екзема, вітіліго, демодекоз, педикульоз, мікози, пухирчатка, лишай, себорея, тощо);</p> <p>15.3.6. 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>15.3.7. 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 Ласса, гарячка Ебола, контагіозні вірусні гарячки, енцефаломієліти, енцефаліти, бруцельоз, туляремія, сибірка, сеп, меліойдоз, орнітоз, лістеріоз, сказ, еризипелюїд, 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</p>
--	---

	<p>має характер епідемії та/або потребує проведення карантинних заходів, крім карантину у навчальних та виховних закладах;</p> <p>15.3.8. 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;</p> <p>15.3.9. 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;</p> <p>15.3.10. 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;</p> <p>15.3.11. розлади менструального циклу та подальша діагностика (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) після встановлення цих діагнозів клінічно (менопаузи, пременопаузи, порушення менструального циклу, синдром виснажених/полікістозних яєчників, гіперпролактинемія, гіперандрогенія, тощо);</p> <p>15.3.12. загострення хвороб опорно-рухового апарату строком більше 14 діб; 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.</p> <p>15.4. Страховик не сплачує та не відшкодовує вартість (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):</p> <p>15.4.1. 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;</p> <p>15.4.2. медичних послуг та медикаментів отриманих поза межами території та строку дії договору; медичних послуг та медикаментів, не передбачених умовами Програми страхування;</p> <p>15.4.3. 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%;</p> <p>15.4.4. 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 медичної допомоги при настанні страхового випадку, що загрожує життю Застрахованої особи;</p>
--	--

	<p>15.4.5. 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>15.4.6. підбору та придбання окулярів, лінз; операцій по корекції зору, оптична та лазерна корекція зору, використання лазерних технологій;</p> <p>15.4.7. 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>15.4.8. 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>15.4.9. альтернативної медицини — голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, діагностика та лікування по Фоллю, мікрохвильова, інформаційна терапія, еферентні методи, PRP-терапія (плазмоліфтинг), гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія, гомеопатичне лікування та інше;</p> <p>15.4.10. 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>15.4.11. 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 замішують 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>15.4.12. профілактичних, диспансерних та лікувально-оздоровчих заходів (медикаментів, призначених з метою профілактики, імунізації, вакцинації, санаторно-курортне лікування тощо);</p> <p>15.4.13. діагностики та лікування супутніх захворювань, які не є необхідними для лікування основного захворювання;</p> <p>15.4.14. 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, ріжучі петлі,</p>
--	--

	<p>деартерілізації, артроскопічні набори, набори для лапароскопічних та ендоскопічних втручань, витратні матеріали для металоостеосинтезу тощо); медичної апаратури (небулайзери, тонометри, електроди, глюкометри тощо);</p> <p>15.4.15. послуг та товарів, що не є необхідними з медичної точки зору, для діагностики або лікування;</p> <p>15.4.16. штучної шкіри; плазмозамінників (альбуміни), кровозамінників та препаратів крові, парентерального харчування, харчових сумішей, які застосовуються в умовах реанімаційного відділення;</p> <p>15.4.17. екстракорпоральних методів лікування, у тому числі гемодіаліз, плазмозаміння, гідроколонтотерапію, лазеротерапію, кріотерапію, аутогематерапію і озонотерапію; гіпербаричну й нормобаричну оксигенацію (крім реанімаційних заходів), гіпокситерапію;</p> <p>15.4.18. реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика тощо), септопластики, вазотомії, операції на серці та судинах, у т.ч. на коронарних судинах (стендування, шунтування);</p> <p>15.4.19. 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>15.4.20. видалення бородавок, папілом, невусів, ліпом, атером, гігром, гемангіом тощо, за винятком ускладнених випадків (травмування, кровотеча, нагноєння);</p> <p>15.4.21. 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>15.4.22. 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>15.4.23. допоміжних медикаментів, призначених з метою підготовки до обстежень, якщо вони не спрямовані на безпосереднє лікування основного захворювання;</p> <p>15.4.24. стоматологічних послуг;</p> <p>15.4.25. 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>15.4.26. благодійних внесків, страхових платежів за іншими Договорами страхування;</p> <p>15.4.27. перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;</p> <p>15.4.28. послуг косметолога, сурдолога, подолога, трихолога, логопеда, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога, імунолога, нарколога, психолога, психіатра, психотерапевта, психоаналітика, психоневролога (окрім невропатолога), гомеопата;</p> <p>15.4.29. транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної медичної допомоги;</p> <p>15.4.30. комплексного лікування станів, що вимагає застосування замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.), окрім ферментів підшлункової залози терміном до 14 (чотирнадцяти) діб; застосуванням препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо); гормональних спіралей типу "Мірена";</p> <p>15.4.31. 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>15.4.32. 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>15.4.33. лікування більше двох загострень кожного хронічного захворювання, що не є винятком зі страхових випадків, протягом строку дії Договору страхування;</p> <p>15.4.34. лікування важких захворювань (гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу, менінгіт, енцефаліт, тощо) строком понад 2 місяці;</p> <p>15.4.35. 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>15.4.36. 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>15.4.37. 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, дельтапланеризм, альпінізм, бокс, стрибки з парашутом, сноуборд, дайвінг, серфінг та інші);</p> <p>15.4.38. послуг та медикаментів, призначених особі, що не є Застрахованою особою або при використанні картки Застрахованої</p>
--	--

		<p>особи особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг.</p> <p>15.5. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 15 Загальних умов перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування.</p>
16.	Порядок вирішення спорів	<p>16.1. 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>16.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug</p>
17.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>17.1. Адреса для листування: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, поверх 9-10</p> <p>17.2. Телефон: 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back»)</p> <p>17.3. Адреса електронної пошти: med@krayina.com</p> <p>17.4. Адреса електронної пошти для подання документів на здійснення страхової виплати в електронному вигляді: medpay@krayina.com;</p> <p>17.5. Сайт Страховика: www.krayina.com</p>
18.	Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	<p>18.1. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник при укладенні Договору: інформація має бути достовірною, однозначною та вичерпною.</p> <p>18.2. Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику по одній Застрахованій особі або по групі Застрахованих осіб:</p> <p>18.2.1. найменування компанії (у випадку колективного страхування);</p> <p>18.2.2. умови праці, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм;</p> <p>18.2.3. вік Застрахованих осіб;</p> <p>18.2.4. кількість Застрахованих осіб в межах одного Договору або групи Договорів, що укладається на однакових умовах;</p> <p>18.2.5. професія (рід занять) Застрахованих осіб;</p> <p>18.2.6. місце проживання і переважного обслуговування Застрахованих осіб в ЗОЗ;</p> <p>18.2.7. належність Застрахованих осіб до категорій осіб, на користь яких не може бути укладений Договір страхування згідно п. 15.1 Загальних умов;</p> <p>18.2.8. відомості про Застраховану особу (застосовується за рішенням Страховика): отримані травми, перенесені захворювання, наявність хронічних хвороб та хвороб, що потребують диспансерного нагляду, встановлена група інвалідності, заняття професійним та/або екстремальним спортом тощо.</p>

		18.2.9. інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування; 18.2.10. інформація про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування. 18.3. Вказана вище інформація може надаватися Страхувальником у письмовій формі шляхом заповнення заяви на страхування або надсилання повідомлень засобами електронного зв'язку.
19.	Гранична максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	50%

Підпис Страховик

Прізвище, ініціали
