

Загальні умови страхового продукту
«Безпека без кордонів»
Публічна частина Договору медичного страхування
Частина 2

Пропозиція на укладення Договору медичного страхування за страховим продуктом «Безпека без кордонів».
Ця Пропозиція Акціонерного товариство «Страхова компанія «Країна» адресується невизначеному колу осіб укласти із Товариством Договір медичного страхування.

1. Страховик	Акціонерне товариство «Страхова компанія «Країна» (АТ «СК «Країна») , яке у подальшому іменується «Страховик», 04176 м. Київ, вул. Електриків, буд. 29-А Код ЄДРПОУ 20842474 ПІН 208424726560 Витяг з реєстру платників ПДВ №2326564500578 Реєстраційний номер в Реєстрі фінансових установ: 11101172 IBAN UA443534890000026505000000025 в АТ «АСВІО БАНК», МФО 353489 Платник податку на прибуток на загальних підставах тел.: (044) 5904800, (044) 5904801, 0800 500467, 890 з мобільного (цілодобово) www.krayina.com
2. Страхувальник	Дієздатні фізичні особи, фізичні особи - підприємці, юридичні особи, які уклали із Страховиком Договір страхування або є Страхувальниками відповідно до законодавства. Страховик та Страхувальник далі разом іменуються «Сторони», а кожен окремо – «Сторона».
3. Вигодонабувач	Визначений в Частині 1 Договору
4. Дата укладання	Визначена в Частині 1 Договору
5. Введення редакції в дію	Ця редакція Загальних умов страхового продукту «Безпека без кордонів», що є Публічною частиною Договору медичного страхування (Частина 2), діє з 29.11.2024 р. та припиняє свою дію з введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов страхового продукту.
6. Клас страхування, ризик	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» Ризик у межах класу страхування – медичне страхування.
7. Місце укладення Договору	04176, м. Київ, вул. Електриків, 29-А
8. Предмет договору страхування	Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.
9. Об'єкти страхування	Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб. Інформація про Застрахованих осіб визначається в Частині 1 Договору.
10. Обмеження/особливості страхового продукту	10.1. Договір не може бути укладений на користь осіб, які на момент укладення Договору: 10.1.1. визнані у встановленому законом порядку недієздатними; 10.1.2. є інвалідами I групи, дітьми з інвалідністю; хворі 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; 10.1.3. знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом; 10.1.4. знаходяться в місцях позбавлення волі;

	<p>10.1.5. мають вік 65 та більше років за індивідуальним варіантом страхування або 75 та більше років за корпоративним варіантом страхування. Вік Застрахованої особи розраховується як різниця між датою народження такої особи і датою укладення Договору по відношенню до такої Застрахованої особи. Вік визначається у повних роках, тому різниця в 6 місяців і більше будуть додані до повних років.</p> <p>10.2. В разі, якщо за будь-яких обставин, Застрахованими особами виявилися особи, зазначені в п. 10.1, то Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладання, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страхова премія підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.</p> <p>10.3. Дія Договору не поширюється на території Луганської, Донецької областей, Автономної Республіки Крим та/або тимчасово окуповані території російською федерацією, та/або території та населені пункти, на яких ведуться бойові дії, та/або території, які вийшли з-під контролю органів державної влади України, та/або території, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.</p>
11.Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	<p>11.1. 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>11.2. Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору.</p> <p>11.3. Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства.</p> <p>11.4. Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання) – захворювання, яке раніше, протягом життя людини, не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів такої (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.</p> <p>11.5. Договір (Договір страхування) – цей Договір медичного страхування, який викладено в Частині 1 (Індивідуальна частина Договору медичного страхування), Частині 2 (Публічна частина Договору медичного страхування), які є його складовими та невід’ємними частинами, та які не діють кожна окремо.</p> <p>11.6. Декларація / Анкета про стан здоров’я – заява-опитувальник Застрахованої особи про стан її здоров’я, спосіб життя і характер її ризиків – хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом її життя, яку Застрахована особа на вимогу Страховика повинна заповнити перед укладенням договору на перший рік страхування.</p> <p>11.7. Денний стаціонар – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують за станом здоров’я цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичними працівниками), але які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного нагляду.</p> <p>11.8. Експериментальні або дослідницькі методи лікування - види лікування, які знаходяться на стадії наукових, клінічних досліджень і експериментів та застосування яких вимагає спеціального юридичного оформлення.</p> <p>11.9. 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>11.10. Застрахована особа (ЗО) – фізична особа на користь якої укладено Договір. Застрахована особа може набувати прав і обов’язків Страхувальника.</p>

11.11. Індивідуальний варіант страхування - варіант набору умов страхування, за яким можуть бути застраховані особи та групи осіб, які не відповідають критеріям, зазначеним в п. 11.14. Частини 2 Договору. За цим варіантом Договір укладається на підставі підписаної кожною Застрахованою особою Декларації про стан здоров'я. У разі, якщо особа не може підписати Декларацію про стан здоров'я, страхування можливе на індивідуальних умовах після заповнення і підписання Анкети про стан здоров'я.

11.12. Інформаційно-комунікаційна система (ІКС) – сукупність інформаційних та комунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле. Комунікаційні системи являють собою комплекс програмного та апаратного обладнання, який з'єднаний один з одним в один ланцюг, що здійснює передачу даних з однієї точки в іншу. Така передача даних можлива завдяки чіткій структуризації комунікаційної мережі. В розумінні цього страхового продукту ІКС включає програмне забезпечення Страховика та його партнера.

11.13. Картка Застрахованої особи (Картка) – індивідуальна пластикова або електронна картка, що видається Страховиком кожній Застрахованій особі та засвічує факт страхування цієї особи.

11.14. Корпоративний варіант страхування – варіант набору умов страхування, щодо Застрахованих осіб, за яким визначено певні вимоги. За цим варіантом на страхування приймаються колективи від 25 осіб, які пов'язані між собою соціально-трудовими відносинами. Групи, сформовані виключно з метою укладення договору страхування, на страхування за цим варіантом не приймаються. Понад 80% колективу має підлягати страхуванню (80% має становити мінімум 25 осіб). Якщо група включає не всіх працівників – критерій формування групи повинен бути об'єктивним і визначеним наперед до укладення договору страхування (наприклад, весь топ-менеджмент, або весь відділ продажів і т.д.). При укладенні Договору за таким варіантом страхування підписання Декларації / Анкети про стан здоров'я не вимагається. Страхування членів сім'ї здійснюється за індивідуальним варіантом страхування.

11.15. Критичний медичний стан – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєво важливих функцій організму людини (в першу чергу дихальної та серцевої діяльності організму);

11.16. Ліміт відповідальності – 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 відповідальності не може перевищувати розміру страхової суми, в межах якої він встановлюється.

11.17. 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.

11.18. 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.

11.19. Невідкладна (екстрена) медична допомога (Невідкладна допомога) – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення несумісні з життям.

11.20. 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.

11.20.1. 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.

11.20.2. 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 Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.

11.21. Нозологічна одиниця – це певна хвороба, яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.

11.22. Організація послуги – факт запису Застрахованої особи на консультацію, здійснення виклику лікаря або швидкої невідкладної допомоги, відправки заявки на отримання лікарських засобів в аптеку тощо.

11.23. Паліативна допомога - медична допомога, яка фокусується на полегшенні тяжкості симптомів раку. Єдиною метою паліативної допомоги є полегшення страждань та поліпшення якості життя Застрахованої особи, що захворіла раком.

11.24. Період очікування страхового випадку – проміжок часу від дати початку дії Договору страхування (або дати відновлення відповідальності Страховика після сплати частини загального страхового платежу в несплачений період страхування, з урахуванням умов п. 15.12.3.1. Частини 2 Договору), протягом якого будь-яка хвороба, яку було діагностовано, або перші симптоми якої були зафіксовані в медичних документах, не будуть підставою для отримання будь-яких виплат по Договору і протягом терміну дії Договору.

11.25. Планова медична допомога (лікування в плановому порядку) – комплекс медичних послуг при захворюваннях і станах, що не загрожують життю Застрахованої особи, не потребують екстреної та невідкладної медичної допомоги та відстрочка надання яких на певний час не спричинить за собою погіршення стану Застрахованої особи, загрозу її життю і здоров'ю.

11.26. Попередній медичний стан - медичні показники, що діагностовано у Застрахованої особи до дати початку дії Договору щодо такої Застрахованої особи, що є результатом хвороби або нещасного випадку. Встановлюється у Застрахованої особи за допомогою задокументованого медичного діагнозу або задокументованої медичної діагностичної процедури, яка проводилася до дати початку дії Договору щодо такої Застрахованої особи.

11.27. Розлад здоров'я Застрахованої особи – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем її організму.

11.28. Стабілізація стану – перебування Застрахованої особи в стані свідомості при відсутності прямої загрози життю.

11.29. Стаціонарна допомога – вид медичної допомоги для лікування хворої Застрахованої особи, яка знаходиться в медичній установі протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового нагляду медичним персоналом.

11.30. 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>11.31. Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.</p> <p>11.32. Страховий премія - (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.</p> <p>11.33. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.</p> <p>11.34. Страховий рік - період у 12 місяців поспіль, починаючи з дати початку страхування, яка зазначена в Частині 1 Договору.</p> <p>11.35. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.</p> <p>11.36. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.</p> <p>11.37. Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.</p> <p>11.38. 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>11.39. Член сім'ї Застрахованої особи - особи першого ступеня споріднення із Застрахованою особою – чоловік/дружина, які перебувають в шлюбі з Застрахованою особою, діти, батьки віком не старших 64 років (станом на дату укладення Договору).</p> <p>11.40. Хірургія - інвазивна операція, що проводиться в стаціонарі (включаючи денний стаціонар), а саме проникнення в тканини з метою лікування захворювання та/або рани та/або виправлення вади або каліцтва Застрахованої особи.</p> <p>11.41. Хоспіс - це заклад, в якому перебувають тяжкохворі з прогнозованим летальним наслідком.</p>
12.Умови страхового покриття за договором страхування	<p>12.1. Страховий ризик - виникнення у Застрахованої особи критичного стану або захворювання, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору та після закінчення передбаченого п.12.2. Частини 2 Договору періоду очікування, а саме:</p> <p>12.1.1. Злоякісне новоутворення «Онкологія» - захворювання, що характеризується неконтрольованим ростом і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути встановлений під час дії Договору та після закінчення передбаченого п.12.2 Частини 2 Договору періоду очікування і підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних злоякісних онкологічних захворювань, цитологічних досліджень.</p> <p>12.1.2. «Кардіохірургія» – критичний стан Застрахованої особи, що потребує планової хірургічної операції, яка здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога в умовах стаціонару, та спрямована на:</p> <ul style="list-style-type: none">- відновлення кровотоку в артеріях серця, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою обхідних трансплантатів (шунтів);- заміну або лікування одного або декількох серцевих клапанів. <p>В тому числі страховим випадком буде вважатися критичний стан Застрахованої особи, що потребує планової хірургічної операції з пластики судин серця, планового стентування або планового хірургічного лікування порушень серцевого ритму.</p> <p>Діагноз повинен бути встановлений під час дії Договору та після закінчення передбаченого п.12.2. Частини 2 Договору періоду очікування і підтверджений</p>

	<p>методом радіологічної діагностики. Необхідність проведення операції повинна бути обґрунтована з медичної точки зору та підтверджена лікарем, узгодженим Страховиком.</p> <p>12.1.3. «Нейрохірургія» – критичний стан Застрахованої особи, що потребує будь-якого планового хірургічного втручання, рекомендованого нейрохірургом, на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, а також хірургічне втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку та його оболонок.</p> <p>Діагноз повинен бути встановлений під час дії Договору та після закінчення передбаченого п.12.2. Частини 2 Договору періоду очікування і підтверджений методом радіологічної діагностики. Необхідність проведення операції повинна бути обґрунтована з медичної точки зору та підтверджена лікарем, узгодженим Страховиком.</p> <p>12.2. Період очікування щодо кожного страхового ризику, зазначеного в п. 12.1. Частини 2 Договору, встановлюється в календарних днях та складає 90 (дев'яносто) календарних днів. Період очікування не застосовується, якщо Застрахована особа була безперервно застрахована у Страховика за аналогічним Договором страхування. Період, протягом якого Страхувальник може переукласти існуючий Договір без застосування нового періоду очікування – один місяць після моменту його завершення, крім випадків дострокового припинення договору в зв'язку з несплатою страхової премії (або відповідної її частини). При зміні переліку страхових ризиків, що включені в страхове покриття відносно конкретної Застрахованої особи, після закінчення чергового року страхування, період очікування відсутній по тих ризиках, які були застраховані у попередньому страховому році.</p> <p>12.3. Конкретний перелік страхових ризиків, що включені в страхове покриття за кожним окремим Договором страхування, визначається та зазначається в п. 5.1. Частині 1 Договору.</p> <p>12.4. Страхування за ризиком «Онкологія» (п. 12.1.1. Частини 2 Договору) є обов'язковим.</p> <p>12.5. Страховими випадками є факт отримання Застрахованою особою в закладах охорони здоров'я медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, у межах переліку та в обсягах, передбачених Договором, у зв'язку з настанням подій, зазначених у п.12.1. Частини 2 Договору, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату, відповідно до умов Договору.</p> <p>12.6. Договір укладається за одним з наступних варіантів страхування:</p> <p>12.6.1. індивідуальний варіант страхування, відповідно до визначення п. 11.11. Частини 2 Договору;</p> <p>12.6.2. корпоративний варіант страхування, відповідно до визначення п. 11.14. Частини 2 Договору.</p> <p>Варіант страхування зазначається в п. 5.5. Частини 1 Договору.</p> <p>12.7. При настанні страхового випадку Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), наданих Застрахованій особі в закладах охорони здоров'я за направленням Страховика, у межах страхової суми (лімітів відповідальності), а саме вартість:</p> <p>12.7.1. медичної допомоги в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах. Термін перебування в стаціонарних умовах обмежується 30 (тридцятьма) календарними днями;</p> <p>12.7.2. консультацій, оглядів лікарів, в т.ч. лікарів-фахівців. Відповідальність Страховика обмежується лімітом: консультації перед початком лікування (доопераційні консультації) – 2 консультації з фахівцем відповідної галузі в межах ліміту 500 доларів США; альтернативна консультація (повторна оцінка патології) - 500 доларів США протягом одного страхового року; послуги молодшого медичного персоналу в післяопераційний період 500 доларів США/за день госпіталізації, але не більше 8 днів госпіталізації у разі операції;</p>
--	--

12.7.3. діагностичних медичних втручань, що проводяться медичними закладами на вибір Страховика, в т.ч. лабораторних досліджень, візуалізуючих досліджень, ендоскопічних досліджень, функціональної діагностики;

12.7.4. лікувальних медичних втручань в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за погодженням зі Страховиком;

12.7.5. імплантації, необхідної з метою реконструктивного лікування, включаючи вартість імплантатів в межах ліміту відповідальності Страховика, що не перевищує 15 000,00 доларів США на рік на один страховий випадок;

12.7.6. лікарських засобів, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні. При цьому передбачено придбання ліків, зареєстрованих МОЗ України та/або ліків, затверджених FDA (управління контролю за харчовими продуктами та медикаментами США) і ЕМА (європейське агентство з медичних засобів).

12.8. За корпоративним варіантом страхування Страховик додатково забезпечує покриття витрат на паліативну допомогу в межах ліміту відповідальності 5 000 доларів США. Страховик відшкодовує вартість медичної допомоги, медичних та інших послуг (включаючи медикаменти), наданих закладом охорони здоров'я або хоспісом за погодженням зі Страховиком, необхідність в яких виникла в зв'язку з виникненням у ЗО злоякісного новоутворення, згідно умов п. 12.1.1., в період дії Договору. Потреба Застрахованої особи в паліативній допомозі визначається на підставі висновку лікаря (рекомендації) профільного медичного закладу.

12.9. Якщо розмір ліміту відповідальності Страховика виражений в іншій валюті, ніж страхова виплата, то сума ліміту відповідальності за відповідним пунктом розраховується за офіційним курсом Національного банку України на дату отримання послуг.

12.10. Витрати на лікування одного страхового випадку покриваються Страховиком до моменту завершення лікування та на умовах, визначених Договором страхування. Датою закінчення лікування вважається дата останнього візиту до лікаря після якого Застрахованій особі не призначили новий курс лікування, крім профілактичних обстежень та медикаментів, або контрольний огляд лікаря. Протягом наступного року страхування Страховик покриває 4 візити до лікаря з покриттям послуг, передбачених п.12.7.2.-12.7.3. Частини 2 Договору. В наступні 3 роки Страховик покриває профілактичні огляди 1 раз на рік.

12.11. Перелік закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги викладено в Додатку 1 до Частини 2 Договору.

12.12. Строк дії Договору визначений у п. 7 Частини 1 Договору, але в будь-якому разі дата початку дії цього Договору - не раніше 00 год. 00 хв. (за Київським часом) дати, наступної за датою надходження страхової премії (першої частини) на рахунок Страховика.

12.13. Договір може бути пролонгований (продовжений) на новий страховий рік (строк дії кожного страхового року 12 календарних місяців) на умовах, що діють на момент укладення Договору, або на нових умовах, погоджених Сторонами, шляхом укладання Договору на новий страховий рік. При цьому, Страховик може переглянути умови страхування та розмір страхового платежу на кожен наступний страховий рік. Страховик має право відмовити в пролонгації Договору страхування.

12.14. Територія дії Договору – Україна, з урахуванням п. 10.3. Частини 2 Договору.

12.15. У випадку якщо лікування за ризиком «Онкологія» не може бути проведено в Україні через відсутність закладу охорони здоров'я, що може провести таке лікування, Страховик здійснює страхове відшкодування вартості

	<p>лікування за кордоном у розмірі та лімітах, що визначенні цим Договором, у випадку якщо країна та медичний заклад, де буде проведено лікування, попередньо угоджений зі Страховиком.</p> <p>12.16. Страхова сума для кожної окремої Застрахованої особи встановлюється Договором. Страхова сума за Договором визначена у п. 6.1. Частини 1 Договору. Страхова сума є агрегатною, тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати.</p> <p>12.17. Страхова премія за Договором визначена у п. 6.2. Частини 1 Договору.</p> <p>12.18. У Договорі, укладеному відповідно до цих Загальних умов, страховий тариф не визначається.</p>
13.Права та обов'язки сторін	<p>13.1. Страхувальник має право:</p> <p>13.1.1. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відмовитись від Договору страхування на умовах, визначених у Розділах 15 та 16 Частини 2 Договору;</p> <p>13.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника;</p> <p>13.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;</p> <p>13.1.4. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;</p> <p>13.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.</p> <p>13.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>13.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;</p> <p>13.2.2. 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>13.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;</p> <p>13.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;</p> <p>13.2.5. 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>13.2.6. 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 не обов'язковим;</p> <p>13.2.7. при укладенні Договору за індивідуальним варіантом страхування заповнити або забезпечити заповнення Застрахованими особами Декларації / Анкети про стан здоров'я встановленого Страховиком зразка;</p> <p>13.2.8. 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>13.3. Страховик має право:</p> <p>13.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи;</p>

	<p>13.3.2. 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>13.3.3. 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>13.3.4. 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>13.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору страхування;</p> <p>13.3.6. 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>13.3.7. 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>13.3.8. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відповідно до умов Договору;</p> <p>13.3.9. у разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому законодавством України .</p> <p>13.4. Страховик зобов'язаний:</p> <p>13.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;</p> <p>13.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування;</p> <p>13.4.3. 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>13.5. Застрахована особа має право:</p> <p>13.5.1. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному в Договорі страхування;</p> <p>13.5.2. отримати від Страховика своєчасну організацію медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, передбачених Договором у відповідності до його умов;</p> <p>13.5.3. вчиняти дії, передбачені п. 13.1.3, 13.1.4., 13.1.5. Частини 2 Договору.</p> <p>13.6. Застрахована особа зобов'язана:</p> <p>13.6.1. 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>13.6.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;</p>
--	---

	<p>13.6.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;</p> <p>13.6.4. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у ЗОЗ;</p> <p>13.6.5. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги, наданої внаслідок:</p> <p>13.6.5.1. передачі Застрахованою особою страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;</p> <p>13.6.5.2. ускладнення захворювання внаслідок порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;</p> <p>13.6.5.3. 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>13.6.5.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;</p> <p>13.6.5.5. необґрунтованого виклику 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 здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від медичного закладу, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома тощо);</p> <p>13.6.5.6. відсутності Застрахованої особи на консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЗОЗ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації.</p> <p>13.6.6. витрати Страховика, зазначені в п.п.13.6.5. п.13.6 Розділу 13 Частини 2 Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 10 (десяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.</p>
14. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	<p>14.1. Відповідальність Сторін:</p> <p>14.1.1. 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>14.1.2. 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</p>

	<p>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>14.1.3. 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, торговельних 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>
15.Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	<p>15.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви однієї зі Сторін, оформлюються додатковими угодами до Договору страхування.</p> <p>15.2. 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>15.3. Сторони можуть вносити зміни у перелік (список) Застрахованих осіб. Про зміни до переліку (списку) Застрахованих осіб Страхувальник попередньо повідомляє Страховика на електронну адресу за 3 (три) дні до кінця місяця, що передує місяцю, в якому буде змінено склад Застрахованих осіб, після чого вносяться відповідні зміни до цього Договору останнім числом місяця, в якому подана інформація, шляхом укладення Додаткової угоди до цього Договору. Про осіб, що підлягають виключенню та включенню до переліку (списку) Застрахованих осіб на наступний місяць дії цього Договору укладається відповідна Додаткова угода та підписується Сторонами.</p> <p>15.4. Включення до переліку (списку) Застрахованих осіб:</p>

15.4.1. Застрахована особа вважається включеною до переліку (списку) Застрахованих осіб після підписання Додаткової угоди на користь такої особи згідно пункту 15.3. Частини 2 Договору. Страхова премія, страхова сума та внутрішні ліміти на окремі види медичної допомоги при включенні Застрахованої особи до переліку (списку) застрахованих осіб розраховуються за наступною формулою:

$$\text{СП} = \text{СПр} / n \times m, \text{ де}$$

СП – страхова премія (страхова сума, ліміти) по включеній ЗО;

СПр - страхова премія (страхова сума, ліміти) за Договором страхування на весь період дії Договору;

m – кількість днів фактичної дії Договору по щойно прийнятій Застрахованій особі;

n – кількість днів дії Договору.

15.5. Страхувальник, протягом строку дії Договору страхування, не має право змінювати Застраховану особу.

15.6. Виключення з переліку (списку) Застрахованих осіб:

15.6.1. Застрахована особа вважається виключеною з переліку (списку) Застрахованих осіб згідно пункту 15.3. Частини 2 Договору.

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

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

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

$$\text{СПз} = (\text{СПф} - (\text{СПр} / n \times m)) \times (1 - \text{ЧВС}) - \text{СВ}, \text{ де}$$

СПз – залишок страхового платежу;

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

СПр – підписаний річний страховий платіж;

m – кількість днів фактичної дії Договору цієї Застрахованої особи;

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

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

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

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

15.7.1. 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;

15.7.2. 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.

15.8. 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.

15.9. Заміна Сторін у Договорі страхування:

	<p>15.9.1. 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>15.9.2. у разі визнання судом фізичної особи - Страхувальника недієздатною права і обов'язки такої особи за договором страхування переходять до її опікуна;</p> <p>15.9.3. 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>15.9.4. якщо Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.</p> <p>15.10. 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>15.11. В інших випадках права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика.</p> <p>15.12. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>15.12.1. закінчення строку дії Договору страхування;</p> <p>15.12.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;</p> <p>15.12.3. 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>15.12.3.1. 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 без застосування нового Періоду очікування, відповідно до п. 12.2. Частини 2 Договору. 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>15.12.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);</p> <p>15.12.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;</p> <p>15.12.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;</p> <p>15.12.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.</p> <p>15.13. 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</p>
--	---

	<p>умови Договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.</p> <p>15.14. 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>15.15. 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>15.16. 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>15.16.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами Договору, за таких обставин:</p> <p>15.16.1.1. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування;</p> <p>15.16.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>15.16.1.3. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 393 Податкового кодексу України;</p> <p>15.16.2. 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>15.17. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у п 10.2. Частини 1 Договору страхування.</p> <p>15.18. 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>15.18.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;</p> <p>15.18.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;</p> <p>15.18.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;</p> <p>15.18.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним.</p> <p>15.19. 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 акта Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля.</p> <p>15.20. 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>15.21. Сплачена страхова премія або частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, у разі дострокового припинення дії Договору страхування підлягає поверненню застрахованій особі, яка її сплатила, якщо згідно з умовами Договору</p>
--	--

	<p>страхування на застраховану особу покладено обов'язок зі сплати страхової премії (її частини) і така особа сплатила страхову премію (її частину).</p> <p>15.22. 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>15.23. 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>15.24. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.</p>
16.Порядок відмови від договору страхування	<p>16.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів, з дня укладення Договору страхування відмовитись від такого Договору без пояснення причин, крім:</p> <p>16.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</p> <p>16.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.</p> <p>16.2. 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>16.3. Про намір відмовитись від Договору страхування страхувальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.</p>
17.Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>17.1. У разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа для одержання медичної допомоги зобов'язана:</p> <p>17.1.1. негайно, але не пізніше 1 (одного) календарного дня з моменту підтвердження діагнозу висновком місцевого лікаря-фахівця та відповідним дослідженням 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. Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами, піклувальниками або іншими особами (в залежності від стану здоров'я Застрахованої особи).</p> <p>17.1.2. При зверненні до Страховика 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; - причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям, діагноз); - місце перебування; - контактний телефон. <p>17.1.3. Застрахована особа повинна надати Страховику всю наявну медичну документацію щодо випадку, що може бути визнано страховим:</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультативний висновок спеціалістів (лікар онколог, хірург, інші фахівці), які містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, проведені обстеження, перелік наданих медичних послуг. - результати всіх проведених досліджень/аналізів – КТ, МРТ, ПЕТ КТ, XRAY, аналіз крові та інші наявні аналізи; - консультативний висновок патологоанатома.

	<p>17.1.4. Якщо подія, що настала, визнана страховим випадком, Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту визнання події страховим випадком організовує надання Застрахованій особі необхідних послуг, передбачених цим Договором.</p> <p>17.1.5. Підбір ЗОЗ здійснюється Страховиком із врахуванням умов Договору 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 Договору, включаючи медикаменти. Всі розрахунки з приводу наданої Застрахованій особі допомоги Страховик проводить із закладами охорони здоров'я та аптеками.</p> <p>17.2. Страховик припиняє надання послуг Застрахованій особі в день отримання інформації про виявлення під час проведення діагностики та/або лікування у Застрахованої особи хронічних захворювань, що не були зазначені у Декларації / Анкеті про стан здоров'я, якщо такі заповнювались, або, якщо діагноз, щодо якого проводилося діагностика та/або лікування, не підтвердився. Страховик може збільшити строк прийняття рішення про припинення надання послуг Застрахованій особі на свій розсуд.</p> <p>17.3. У разі необхідності отримання медичних та інших послуг в закладі охорони здоров'я, не передбаченому Договором або з яким Страховик немає довірчих відносин, 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 Договорі страхування, що не перевищує рівень вартості послуг у закладах, передбачених умовами Договору.</p>
18.Порядок розрахунку страхових виплат	<p>18.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та / або медичних виробів в обсязі, що зазначений у Договорі страхування.</p> <p>18.2. Розмір страхової виплати дорівнює вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Договором страхування, але не більше страхової суми, встановленої Договором страхування та/або лімітів відповідальності на послуги/захворювання, передбачені умовами Договору.</p> <p>18.3. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхування страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.</p>
19. Умови здійснення страхових виплат	<p>19.1. Страхова виплата здійснюється:</p> <p>19.1.1. закладам охорони здоров'я на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги (в тому числі відпущені медикаменти та витратні матеріали) та їх вартість;</p> <p>19.1.2. Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю), у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадку, передбаченому п.19.4 Договору страхування), після надання Застрахованою особою (її законним представником, спадкоємцем) всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.</p> <p>19.2. Оплата вартості медичних та інших послуг, передбачених Договором, 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>19.3. Страховик здійснює страхову виплату закладу охорони здоров'я (аптеці) за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, на підставі</p>

	<p>копій рецептів, накладних та рахунків аптеки за відпущені медикаменти та витратні матеріали.</p> <p>19.4. 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>19.5. До заяви мають бути додані такі документи:</p> <p>19.5.1. 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>19.5.2. копію Договору страхування (картки Застрахованої особи) або вказати номер Договору страхування та картки застрахованої особи;</p> <p>19.5.3. 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>19.5.4. 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>19.5.5. акт виконаних робіт (рахунок-калькуляцію) про надання Застрахованій особі послуг (з детальним переліком), результати додаткових обстежень;</p> <p>19.5.6. у випадку смерті Застрахованої особи: копію свідоцтва про смерть, виданого відповідним державним органом реєстрації актів цивільного стану, довідку з закладу охорони здоров'я про причини смерті;</p> <p>19.5.7. 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>19.5.8. 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>19.5.9. інші документи, які мають відношення до встановлення причин та наслідків страхового випадку, враховуючи обставини настання та характер страхового випадку.</p> <p>19.6. До документів, на підставі яких не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:</p> <p>19.6.1. 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>19.6.2. замовлення на доставку ліків та/чи надання медичної допомоги;</p> <p>19.6.3. довідки, талони, накладні, направлення на лікування, консультативні висновки, не завірені належним чином, калькуляції витрат;</p> <p>19.6.4. квитанції банку без порядкового номеру, коду ЄДРПОУ, підпису, печатки;</p> <p>19.6.5. товарні чеки;</p>
--	--

	<p>19.6.6. 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>19.6.7. благодійні внески;</p> <p>19.6.8. документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній.</p> <p>19.7. Заява та 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>19.8. 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>19.9. 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>19.10. Документи, оригінали яких складено на іноземній мові, повинні бути перекладені на українську мову (біро перекладів) та завірені в порядку, визначеному чинним законодавством України.</p> <p>19.11. За рішенням Страховика документи можуть надаватися в електронному вигляді, в т.ч. скановані копії, фотокопії документів.</p> <p>19.12. 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. 19.9. Частини 2 Договору.</p> <p>19.13. 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. 19.9. Частини 2 Договору.</p> <p>19.14. 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>19.15. 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 Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.</p> <p>19.16. 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>19.17. Сплата страхових виплат здійснюється у безготівковій формі в національній валюті України.</p>
20.Суброгація (перехід права вимоги)	Не передбачена.

<p>21. Підстави відмови у страховій виплаті</p>	<p>21.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:</p> <p>21.1.1. 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>21.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>21.1.3. 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>21.1.4. 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>21.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її законним представником, спадкоємцем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);</p> <p>21.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 23 Частини 2 Договору;</p> <p>21.1.7. несвоєчасне подання Страховику заяви та документів, необхідних для здійснення страхової виплати, згідно п. 19.7.-19.8. Частини 2 Договору;</p> <p>21.1.8. перевищення суми страхової виплати над страховою сумою та/або лімітом на медичні послуги (допомогу) відповідно до умов п. 18.3. Частини 2 Договору;</p> <p>21.1.9. не надання лікарю-експерту (лікарю, який співпрацює з Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду;</p> <p>21.1.10. настання страхового випадку до дати початку страхування, або після дати закінчення строку дії Договору страхування, або протягом періоду очікування;</p> <p>21.1.11. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.</p>
<p>22. Порядок укладення договору страхування</p>	<p>22.1. Цей Договір укладається шляхом приєднання, він складається з Частини 1 (Індивідуальна частина) та Частини 2 (Публічна частина), якою є ці Загальні умови страхового продукту, розміщені на веб-сторінці Страховика, які надаються Страхувальнику шляхом надання посилання https://krayina.com/page/bezpeka-bez-kordoniv.</p> <p>22.2. Датою надання Частини 2 Договору Страхувальнику є дата укладення Договору, а саме момент підписання Частини 1 Договору Страхувальником. Страховик гарантує, що Частина 1 та Частина 2 Договору захищені від внесення будь-яких змін до них, крім тих, що вносяться у порядку, визначеному цим Договором.</p> <p>22.3. Підписанням Частини 1 Договору, Страхувальник приєднується до Договору в цілому та погоджується дотримуватись умов, викладених в цьому Договорі, включаючи Частину 1 та Частину 2.</p> <p>22.4. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про</p>

	<p>електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.</p> <p>22.5. У паперовій формі Договір укладається на паперовому носії шляхом підписання (проставлянням власноручних підписів) Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору обома Сторонами. Підписанням Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частині 1 (Індивідуальній частині) та Частині 2 (Публічній частині) Договору. Підписана обома Сторонами Частина 1 (Індивідуальна частина) Договору та додатки до неї (за наявності) видаються Страхувальнику одразу після її підписання.</p> <p>22.6. В формі електронного документа Договір укладається на умовах публічної пропозиції (оферти) укласти Договір, якою виступають Загальні умови страхового продукту (Частина 2 (Публічна частина) Договору), що розміщуються на офіційному сайті Страховика та прийняття пропозиції (акцепту) клієнтом з використанням інформаційно-комунікаційної системи (ІКС) Страховика та/або його посередника відповідно до Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги» та Цивільного кодексу України. Реєстрація клієнта в ІКС Страховика (Посередника) здійснюється на підставі наданих клієнтом даних, необхідних для укладення Договору страхування, та підтверджується наданням одноразового ідентифікатора, який передається клієнту засобом електронного зв'язку, вказаному під час реєстрації в ІКС Страховика. В подальшому вказаний одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного Договору страхування.</p> <p>22.7. Безумовним прийняттям (акцептом) пропозиції (оферти) Страховика вважається здійснення Страхувальником дій, направлених на оформлення Договору, а саме заповнення Страхувальником Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору та її підписання удосконаленим електронним підписом з кваліфікованим сертифікатом (УЕП), або кваліфікованим електронним підписом (КЕП), або електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його Посередником на електронну пошту та/або на мобільний телефон Страхувальника та вводиться Страхувальником в ІКС Страховика або його Посередника. При цьому, підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору відповідно до ст. 12 Закону «Про електронну комерцію».</p> <p>22.8. Заповнення Страхувальником Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору без накладення електронного підпису не зобов'язує останнього укласти Договір страхування. Підписанням електронним підписом Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частині 1 (Індивідуальній частині) та Частині 2 (Публічній частині) Договору. У випадку не підписання Страхувальником Договору, Договір вважається неукладеним.</p> <p>22.9. Після підписання електронним підписом Договору Страхувальником, уповноважена особа Страховика присвоює номер Договору та підписує Договір за допомогою КЕП або УЕП із кваліфікованим сертифікатом (з використанням кваліфікованої позначки часу). У разі не підписання Договору Страховиком, Договір вважається неукладеним.</p> <p>22.10. 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>22.11. 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>22.12. Страхувальник, що приєднався до цього Договору, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.</p> <p>22.13. Підписуючи Частину 1 цього Договору, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.</p> <p>22.14. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p> <p>22.15. Невід'ємною частиною Договору страхування, укладеного як в паперовій формі, так і в формі електронного документу, є Заява на страхування, що є додатком до частини 1 Договору страхування.</p> <p>22.16. 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>
23.Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	<p>23.1. За цим Договором із страхового покриття виключаються:</p> <p>23.1.1. Захворювання та/або медичні стани, та відповідно витрати, пов'язані з їх лікуванням, що не зазначені в п. 5.1. Частини 1 Договору та/або не відповідають визначенням страхових ризиків, згідно п. 12.1. Частини 2 Договору;</p> <p>23.1.2. послуги, необхідність яких виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних закладах;</p> <p>23.1.3. послуги, що прямо не передбачені Договором страхування;</p> <p>23.1.4. психохірургія;</p> <p>23.1.5. лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;</p> <p>23.1.6. лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;</p> <p>23.1.7. будь-які хірургічні операції з трансплантації органів або кісткового мозку, за винятком переливання крові;</p> <p>23.1.8. будь-які види трансплантації кісткового мозку;</p> <p>23.1.9. медичні та інші послуги, які виконуються в естетичних та/або косметичних цілях, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишківника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках Договору страхування та відповідно до його умов;</p> <p>23.1.10. послуги, що надаються з приводу діагностики та лікування всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного інфекціями, що передаються статевим шляхом (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);</p> <p>23.1.11. послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку;</p>

	<p>23.1.12. фізіотерапевтичні процедури, реабілітація, альтернативна медицина, стоматологічні послуги;</p> <p>23.1.13. 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).</p> <p>23.2. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком, а, отже, Страховик не організовує та не оплачує:</p> <p>23.2.1. медична допомога отримана поза строком та територією дії Договору, крім випадку, передбаченого п.12.15. Частини 2 Договору. Якщо медичне лікування не було завершено до моменту закінчення терміну дії Договору страхування, витрати на лікування в стаціонарі підлягають оплаті Страховиком в межах ліміту щодо послуг, які були погоджені зі Страховиком та надані Застрахованій особі, протягом 30 (тридцяти) днів з моменту закінчення терміну дії Договору страхування. Якщо звернення щодо страхового випадку було подано Застрахованою особою та погоджено Страховиком протягом терміну дії Договору страхування, Страховик несе зобов'язання по оплаті послуг, передбачених умовами Договору страхування, на термін не більше 30 (тридцяти) послідовних днів після закінчення терміну дії Договору страхування;</p> <p>23.2.2. послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором, в т.ч. в разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору та/або інших документів іншій особі з метою отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених Договором;</p> <p>23.2.3. послуги, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору або відповідно до стандартів надання медичної допомоги МОЗ України для діагностики або лікування захворювання;</p> <p>23.2.4. послуги у зв'язку із захворюванням та станами, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);</p> <p>23.2.5. послуги, пов'язані з розладом здоров'я, в тому числі травматичним пошкодженням, яке настало в результаті занять спортом на професійному рівні (участь у спортивних змаганнях, постійні тренування під наглядом тренера), а також в результаті заняття Застрахованою особою наступними екстремальними видами спорту: автоспорт, мотоспорт, альпінізм, спелеологія, бокс та будь-які інші види бойових єдиноборств, екстремальні види велоспорту (включаючи маунтинбайк), фридайвінг, скайсерфінг, дайвінг (глибина занурення більше 25 метрів), кайтінг, бейсджампінг, екстремальні водні види спорту (в тому числі, аквабайк, водні лижі), парашутний спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, командні види спорту, кінний спорт;</p> <p>23.2.6. медичну допомогу в зв'язку з розладом здоров'я Застрахованої особи, який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;</p> <p>23.2.7. послуги, пов'язані з розладом здоров'я, який настав в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами;</p> <p>23.2.8. послуги, пов'язані з розладом здоров'я, який настав в результаті вживання Застрахованою особою препаратів або наркотичних речовин, якщо</p>
--	--

	<p>таке вживання не відбувається відповідно до вказівок лікаря та під його наглядом;</p> <p>23.2.9. послуги, пов'язані з розладом здоров'я, який настав в результаті алкоголізму та/або пияцтва Застрахованої особи;</p> <p>23.2.10. послуги, пов'язані із застосуванням експериментальних методів лікування, що не дозволені до застосування в Україні;</p> <p>23.2.11. послуги в зв'язку з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими, або про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії Договору, якщо лікування, передбачене Договором страхування, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення Договору;</p> <p>23.2.12. послуги в зв'язку із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі (її законному представнику) під час заповнення Декларації/Анкеті про стан здоров'я (при оформленні такої Декларації на вимогу Страховика), але про які Страховик не був повідомлений Застрахованою особою (її законним представником), та не зазначені в Декларації/Анкеті про стан здоров'я;</p> <p>23.2.13. медичні та інші послуги отримані в медичних та інших закладах, які не передбачені Договором страхування, або вибір яких не був узгоджений із Страховиком;</p> <p>23.2.14. послуги в зв'язку з заподіянням собі тілесних ушкоджень, спробою самогубства, в тому числі пов'язаних з психічними захворюваннями або розладами поведінки;</p> <p>23.2.15. послуги в зв'язку зі службою Застрахованої особи в різних збройних силах, в тому числі, але не обмежуючись: службою в армії, поліції, пожежній бригаді, пенітенціарних службах;</p> <p>23.2.16. послуги в зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті вчинення Застрахованою особою протиправних дій, а також в результаті вчинення або підготовки терористичного акту;</p> <p>23.2.17. послуги в зв'язку з розладом здоров'я, який настав під час або в результаті управління Застрахованою особою транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;</p> <p>23.2.18. медикаменти, не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або незареєстровані МОЗ України;</p> <p>23.2.19. непрямі збитки, в тому числі вартість перекладу документів українською мовою та засвідчення вірності їх копій, банківські комісії, витрати на проїзд, проживання і т. ін.</p> <p>23.3. Додатково зі страхового покриття за ризиком «Онкологія», описаного в п.12.1.1.Частини 2 Договору, виключається:</p> <p>23.3.1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, абостани, які гістологічно діагностовані як передракові;</p> <p>23.3.2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;</p> <p>23.3.3. Захворювання шкіри наступних типів:</p> <p>а. Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;</p> <p>б. Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;</p> <p>23.3.4. Злоякісні онкологічні захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);</p> <p>23.3.5. Злоякісні онкологічні захворювання передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM, або розвинувся до 6 баллів (включно) за шкалою Глісона;</p> <p>23.3.6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).</p> <p>23.4. Додатково зі страхового покриття за ризиком «Кардіохірургія», описаного в п.12.1.2.Частини 2 Договору, виключається катетеризація серця, що не відноситься до операцій на серці.</p>
--	---

	<p>23.5. Додатково зі страхового покриття за ризиком «Нейрохірургія», описаного в п.12.1.3.Частини 2 Договору, виключається хірургічні втручання, що проводяться у зв'язку із захворюваннями, що виникли в результаті травматичних ушкоджень, іншими захворюваннями спинного мозку та його оболонок, крім доброякісних пухлин, а також вродженими вадами.</p> <p>23.6. Проведення екстреного лікування за ризиками «Кардіохірургія» та «Нейрохірургія» не визнається страховим випадком.</p>
24.Порядок вирішення спорів	<p>24.1. 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>24.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug</p>
25.Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>25.1. Адреса для листування: 04053, Україна, м. Київ, Кудрявський узвіз, 7, поверх 9-10</p> <p>25.2. Телефон: 0-800-500-467 (безкоштовно по Україні зі стаціонарних номерів) / 890 (з мобільного безкоштовно з функцією «Call-Back»)</p> <p>25.3. Адреса електронної пошти: med@krayina.com</p> <p>25.4. Адреса електронної пошти для подання документів на здійснення страхової виплати в електронному вигляді: medpay@krayina.com;</p> <p>25.5. Сайт Страховика: www.krayina.com</p>
26.Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	<p>26.1. 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>26.2. Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику по одній Застрахованій особі або по групі Застрахованих осіб:</p> <p>26.2.1. найменування компанії (при корпоративному варіанті страхування);</p> <p>26.2.2. умови праці, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм;</p> <p>26.2.3. вік Застрахованих осіб;</p> <p>26.2.4. кількість Застрахованих осіб в межах одного Договору або групи Договорів, що укладається на однакових умовах;</p> <p>26.2.5. строк дії Договору;</p> <p>26.2.6. стан здоров'я Застрахованих осіб, відповідно до Декларації / Анкети про стан здоров'я (індивідуальний варіант страхування);</p> <p>26.2.7. належність Застрахованих осіб до категорій осіб, на користь яких не може бути укладений Договір страхування згідно п. 10.1 Частини 2 Договору;</p> <p>26.2.8. 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> <p>26.2.9. інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;</p> <p>26.2.10. інформація про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування.</p> <p>26.3. Вказана вище інформація може надаватися Страхувальником у письмовій формі шляхом заповнення заяви на страхування або надсилання повідомлень засобами електронного зв'язку.</p>

27.Гранична максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування	50 %
28.Інші умови	<p>28.1. Сторони погодились, що місцем виконання Договору (місцем виконання зобов'язання) є місцезнаходження Страховика.</p> <p>28.2. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено за цим Договором окремий порядок їх надання).</p> <p>28.3. Якщо будь-яке положення цього Договору буде визнано недійсним, це не тягне за собою недійсність Договору в цілому.</p> <p>28.4. Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», Страхувальник/Застрахована особа, згідно цього Договору страхування, надають згоду АТ «СК «Країна» на обробку їх персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщеному на офіційному сайті компанії https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug).</p> <p>28.5. Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування Страховиком надана вся необхідна та повна інформація в порядку та обсязі відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування», підписанням Частини 1 цього договору, Страхувальник підтверджує, що йому у повному обсязі надана доступна та вичерпна інформація про страховий продукт, Страховика та страхового посередника (за наявності), шляхом надання посилання - https://krayina.com, https://krayina.com/page/rozkrittya-informatsii, а рішення укласти договір прийнято усвідомлено. Страхувальнику доведений до відома Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком, розміщений за посиланням: https://krayina.com/page/zakhist-prav-spozhivachiv-finansovikh-poslug. Захист прав споживачів фінансових послуг здійснює Національний банк України та інші державні органи в межах своєї компетенції.</p> <p>28.6. Страхувальник, Вигодонабувач, одержувач страхового відшкодування, Застрахована особа, потерпілий надає дозвіл (згоду) на здійснення використання відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом (Страховик здійснює приймання, оброблення, зберігання, надсилання електронних документів та інформації, потрібної для створення електронних документів, з дотриманням вимог законодавства України щодо захисту персональних даних, таємниці страхування, комерційної таємниці, таємниці фінансового моніторингу).</p>

Підпис Страховик
Прізвище, ініціали

Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту
«Безпека без кордонів»
Публічної частини договору медичного страхування (Частина 2)

Перелік закладів охорони здоров'я

№	Назва закладу	Місто	Адреса	Амбулаторія доросла	Амбулаторія дитяча	Стационар дорослий	Стационар дитячий	Швидка допомога
1	ТОВ "Медичний центр імені академіка Юрія Прокоповича Спіженка"	Капітанівка	Соборна 21,	+		+		
2	ТОВ "Медична клініка "Інновація"	Лютіж	Вітряного 69А,	+		+		
3	ТОВ "Медікс-Рей Інтернешнл Груп" (ЛІСОД)	Плюти	А. Малишка 27,	+				
4	ТОВ "Медичний центр "Добробут-Поліклініка"	Київ	вул. Сім'ї Ідзиковських 3,	+				
5	ТОВ "Медичний центр "Добробут-Стационар"	Київ	Ідзиковських, 3, корп.5,	+		+		
6	ТОВ "Свята Катерина-Одеса"	Одеса	пр-т Шевченка 12/1,	+				+
7	ТОВ "Кардіка Асістанс" (Св.Катерина)	Одеса	пр-т Шевченка 12/1,	+		+		+
8	ТОВ "Кардіка Асістанс" (Св.Катерина)	Одеса	Маршала Малиновського, 61-Г					+
9	ТОВ "Екодніпро" (Клініка "Медікал Плаза")	Дніпро	пр-т О.Поля 141-А,	+		+		
10	ТОВ "Український центр томографії" (Онкологічний центр ТомоКлінік)	Кропивницький	Ялтинська 1,	+				
11	ДУ "Інститут Серця МОЗ України"	Київ	Братиславська 5-а,					
12	ДУ "Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України"	Київ	Юрія Іллєнка 24,	+		+		
13	ДУ "Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України"	Київ	В'ячеслава Чорновола 28/1,	+	+		+	
14	Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України	Київ	В'ячеслава Чорновола 28/1,				+	
15	Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України	Київ	Стрітенська 7/9,		+			
16	ТОВ "Дім медицини" (Одрекс)	Одеса	Розкидайлівська 69/71,	+		+		
17	ТОВ "Дім медицини" (Одрекс)	Одеса	Жилмасив "Радужний" 19/2,	+				

18	ТОВ "Дім медицини" (Одрекс)	Одеса	Академіка Філатова 38,	+				
19	ТОВ "Дім медицини" (Одрекс)	Чорноморськ	1 травня 23,	+				
20	ТОВ "Центр медицини" (Одрекс)	Одеса	Розкидайлівська 69/71,	+		+		
21	ТОВ "Український центр томотерапії" (Онкологічний центр ТомоКлінік)	Кропивницький	Ялтинська 1,	+		+		
22	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Львів	Софії Яблонської 7,	+	+	+		
23	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Львів	Кульпарківська 135,	+				
24	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Львів	пр-т Червоної Калини 64,	+				
25	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Львів	Тернопільська 21-б,	+				
26	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Львів	Шевченка 19,	+				
27	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Львів	Смаль-Стоцького 13,	+				
28	ТОВ «МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР СВЯТОЇ ПАРАСКЕВИ»	Київ	вул. Ентузіастів 47,	+				
29	ТОВ "ВІЖН ПАРТНЕР" (МЦ Варта)	Київ	Юлії Здановської (Ломоносова) 33/34,	+		+		
30	КНП КОР "Київський обласний онкологічний диспансер"	Київ	Загорівська (Багговутівська) 1-а,	+		+		