

Дата укладення: «                    »                    20                    р.                    м. Київ

Цей Договір укладається за згодою Сторін відповідно до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), що зареєстровані Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 26.03.2010 р. № 0310200, Правил добровільного страхування медичних витрат що зареєстровані Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 18.06.2009 р. № 2190482, ліцензії Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України серія АВ № 533010 від 02.04.2010 р., ліцензії Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України серія АВ № 528592 від 07.04.2010 та Закону України «Про страхування» № 85/96-ВР від 07.03.1996 р. (зі змінами та доповненнями) уклали цей Договір добровільного медичного страхування та страхування медичних витрат (далі – Договір) про наступне:

### 1 СТРАХОВИК

Акціонерне товариство  
«Страхова компанія «Країна»  
04176, м. Київ, вул. Електриків, буд. 29 а.,  
тел. 590-48-00 (01), 890 (цілодобово)  
ЄДРПОУ 20842474  
МФО 380838  
IBAN:UA763808380000026504799999890  
в АТ "Правекс-Банк"  
www.krayina.com

### 2 СТРАХУВАЛЬНИК

ПІБ: \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_  
Адреса: \_\_\_\_\_  
Програма: \_\_\_\_\_  
Страховий тариф: \_\_\_\_\_  
Дата народження: \_\_\_\_\_  
ІПН: \_\_\_\_\_  
Номер телефону: \_\_\_\_\_  
Страхова сума: \_\_\_\_\_  
Страховий платіж: \_\_\_\_\_

### 3 ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ

3.1 Застрахована особа 1	ПІБ:	Дата народження:
	Програма:	Страхова сума:
	Страховий тариф:	Страховий платіж:
Франшиза на послуги		
3.2 Застрахована особа 2	ПІБ:	Дата народження:
	Програма:	Страхова сума:
	Страховий тариф:	Страховий платіж:
Франшиза на послуги		
3.3 Застрахована особа 3	ПІБ:	Дата народження:
	Програма:	Страхова сума:
	Страховий тариф:	Страховий платіж:
Франшиза на послуги		

### 4 ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ

Кількість періодів страхування 12 (дванадцять).

Період страхування - 1 (один) місяць. Перший період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, вказаного як початок строку дії Договору; наступні періоди страхування починаються з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення попереднього періоду страхування.

### 5 СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

Договір страхування діє 12 місяців з «00 год. 00 хв. \_\_\_\_\_» по «00 год. 00 хв. \_\_\_\_\_» включно.

Цей Договір набуває чинності та вступає в дію з 00:00 годин дати, зазначеної як початок строку Договору, але не раніше 00:00 годин третьої доби від дати надходження страхового платежу повному розмірі за 1-й період страхування в разі, якщо договором передбачено сплату страхового платежу частинами, або загального страхового платежу, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу одноразово, на рахунок Страховика, та діє до 24:00 годин дати закінчення строку дії Договору. Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення Договору. Термін закінчення останнього періоду страхування відповідає терміну закінчення Договору.

### 6 РОЗМІР ЗАГАЛЬНОГО СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

У разі помісячного порядку сплати страхового платежу, щомісячний регулярний платіж складає 1/12 загального страхового платежу та має бути сплачений Страховальником у терміни, передбачені даним Договором.

Постачальник послуг, Асистуюча компанія або у випадку компенсації коштів Страхувальник/ЗО, а у разі смерті Страхувальника/ЗО, Спадкоємці згідно чинного законодавства.

## 8

## ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

8.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із здоров'ям, працездатністю та медичними витратами Застрахованої особи (далі - ЗО), а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку.

8.2. При достроковому розірванні цього Договору повернення страхових платежів здійснюється виключно Страхувальнику.

8.3. Страхування у відповідності до цього Договору здійснюється на підставі підтвердження Декларації про стан здоров'я та згоди на страхування (Додаток 1 до даного Договору) Страхувальником/ЗО або батьками/опікунами від імені осіб віком до 18 років.

## 9

## СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І СТРОКИ ЙОГО СПЛАТИ

9.1. Під страховою сумою Сторони розуміють грошову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

9.2. Страхова сума на одну ЗО та загальна страхова сума за цим Договором встановлені в Договорі та можуть змінюватись залежно від кількості додатково включених або виключених осіб протягом дії Договору, про що має бути укладено відповідні договори про внесення змін.

9.3. Страховий тариф на одну ЗО, страховий платіж за одну ЗО встановлені в даному Договорі.

9.4. Розмір загального страхового платежу розраховується у гривні за офіційним курсом НБУ на дату укладення Договору.

9.5. Страховий платіж за відповідний період страхування (1/12 частина загального страхового платежу) має бути сплачений Страхувальником Страховику не пізніше ніж за 3 дні до дати початку кожного періоду страхування.

9.6. Сплата страхового платежу за особу, яка на момент платежу не вказана у Договорі страхування як Застрахована, не є безумовною підставою для прийняття такої особи на страхування.

## 9

## СТРАХОВІ ВИПАДКИ

10.1. Страховим випадком є подія, передбачена цим Договором за відповідною Програмою страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату у межах та в обсязі умов та лімітів страхування, передбачених Договором, а саме захворювання, яке було вперше виявлене, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування, що підтверджене висновком сертифікованого медичного експерта, узгодженого зі Страховиком. Сертифікований медичний експерт – лікар, який спеціалізується в області захворювань, по яким ставиться діагноз (онкологія, нейрохірургія, кардіохірургія тощо) і який має про це підтверджувальний документ, згідно з законодавством країни, в якій він здійснює свою діяльність.

10.2. Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування по Програмам страхування, відповідно до наведеного нижче переліку (Програми страхування розміщені за посиланням <https://krayina.com/storage/documents/z2TN52meeWJST0nFnfBtbVpzkHNM7eppZukhevW.pdf>

10.2.1. Рак (злаякісне новоутворення) - це будь-яке злаякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злаякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень.

10.2.1.1. Для лікування злаякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкемії, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, в рамках страхового покриття за страховим випадком, визначеним у п. 10.2.1. даного Договору, може бути застосовано трансплантацію кісткового мозку для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) з урахуванням лімітів, передбачених цим Договором за умови дотримання наступних вимог:

10.2.1.1.1. два лікарів-спеціалістів у відповідній галузі медицини підтвердять потребу трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;

10.2.1.1.2. трансплантація проводиться в лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проведено трансплантація кісткового мозку;

10.2.1.1.3. трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікування з метою дослідження або розслідування;

10.2.1.1.4. трансплантація проводиться відповідно до прийнятих етичних стандартів тієї країни, де проводиться трансплантація;

10.2.1.1.5. наявність кісткового мозку, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі.

10.2.1.2. За Програмами страхування трансплантація кісткового мозку для лікування злаякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкемії, за необхідності, може проводитись виключно у неповнолітніх Застрахованих осіб віком від 1 (одного) років до 18 (вісімнадцяти) років (включно).

10.2.2. Обґрунтована з медичної точки зору необхідність проведення операції кардіохірургії, відповідно до визначення цього пакету страхування, через хворобу, на яку захворіла Застрахована особа та/або яка була вперше діагностована, або про яку вперше стало відомо здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога в умовах стаціонару, та спрямована на:

10.2.2.1. відновлення кровотоку в артеріях серця, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою обхідних трансплантатів (шунтів);

10.2.2.2. заміну або лікування одного або декількох серцевих клапанів.

10.2.2.3. В тому числі страховим випадком буде вважатися критичний стан Застрахованої особи, що потребує хірургічної операції з пластики судин серця, стентування або хірургічного лікування порушень серцевого ритму.

10.2.3. Будь-яке планове хірургічне втручання, рекомендоване нейрохірургом, на головний мозок або інші внутрішньочерепні структури, а також хірургічні втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку та його мембран. Діагноз, який був причиною операції, повинен бути встановлений вперше протягом періоду безперервного страхування. Нейрохірургічні операції не включають хірургічних втручання, проведених у зв'язку з захворюваннями, що виникли внаслідок травматичних пошкоджень, інших захворювань спинного мозку та його мембран, відмінних від доброякісних пухлин, а також вроджених дефектів.

10.2.4. Трансплантація - хірургічна ампутація або видалення з організму Застрахованого легенів, серця, нирок, підшлункової залози, печінки та будь-якої їх комбінації та імплантація повного або часткового органу, взятого з тіла іншої людини на їх місце, або трансплантація кістковий мозок в організмі Страхувальника. Трансплантація також може включати трансплантацію штучного серця. Щоб уникнути сумнівів, трансплантація не включає зубний протез або будь-який інший зубний імплантат.

## 9

## СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

11.1. Цей Договір набуває чинності та вступає в дію з 00:00 годин дати, зазначеної як початок дії строку Договору, але не раніше 00:00 годин третьої доби від дати надходження страхового платежу повному розмірі за 1-й період страхування в разі, якщо договором передбачено сплату страхового платежу частинами, або загального страхового платежу, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу одноразово, на рахунок Страховика, та діє до 24:00 годин дати закінчення строку дії Договору.

11.2. Вік ЗО розраховується як різниця між датою народження ЗО і датою укладення Договору по відношенню до такої ЗО. Вік вимірюється у повних роках, тому різниця в 6 місяців і більше будуть додані до повних років ЗО. Страховий захист припиняється по відношенню до кожної ЗО при досягненні нею граничного віку, який становить 63 роки.

11.3. Страховий захист вступає в дію і чинний за умови, що з моменту обстеження, або з дати підписання ЗО декларації про стан здоров'я до дня, коли Страховик погодився взяти на страхування ЗО, ніяких змін у стані здоров'я такої особи, не відбулося. У разі, якщо зміни відбулися і договір був укладений, він вважається не дійсним стосовно такої ЗО і Страховик повертає страхувальнику весь сплачений страховий платіж по такій ЗО.

11.4. Цей договір діє в наступних країнах призначення:

11.4.1 Україна - у разі вибору програми страхування «Україна 1 500 000» та «Україна 3 000 000»;

11.4.2. Ізраїль, Польща, Іспанія, Південна Корея у разі вибору програм страхування «Міжнародна», «Кардіохірургія», «Нейрохірургія», «Трансплантація» або їх комбінації.

11.5. Кваліфікаційний період – це період, що починається з дати початку дії Договору і триває протягом 90 днів включно по кожній ЗО а по страховому випадку, передбаченому п. 10.2.4. – 180 днів включно по кожній ЗО. Протягом цього періоду Страховик не приймає до розгляду звернення ЗО з приводу виникнення, загострення чи ускладнення хвороби та не гарантує лікування по страховим випадкам, що відбулись у цей період, тобто випадки, що матимуться місце у такий період є виключеними із страхових. Кваліфікаційний період застосовується тільки для

першого страхового року. В разі, якщо Договір буде припинено (не буде автоматичного продовження) і Сторони укладуть новий Договір в більш пізній строк, застосовується новий кваліфікаційний період.

11.6. У разі, 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 пакету страхування, на термін не більше 30 (тридцяти) послідовних днів після закінчення терміну дії Договору страхування.

## 12 ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

12.1. Страхувальник має право:

12.1.1. перевіряти виконання Страховиком умов цього Договору, в тому числі отримати у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;

12.1.2. вимагати від Страховика своєчасного проведення страхової виплати в обсязі та на умовах, що передбачені цим Договором;

12.1.3. за згодою Страховика розширити перелік обраних страхових ризиків або підвищити розмір страхової суми шляхом внесення змін до цього Договору, сплативши при цьому додатковий страховий платіж;

12.1.4. достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором;

12.1.5. одержати дублікат Договору в разі його втрати. На новому примірнику робиться примітка, що документ є дублікатом, а на примірнику Страховика робиться примітка про видачу дублікату Договору страхування. При цьому сторони вважають, що первинний примірник Договору страхування Страхувальника не може використовуватися в подальшому.

12.2. Страхувальник зобов'язаний:

12.2.1. уважно ознайомитись з умовами страхування, Правилами страхування та цим Договором;

12.2.2. надавати Страховику дані, необхідні для укладання Договору та пов'язані з його дією;

12.2.3. за письмовою вимогою Страховика забезпечити проходження ЗО попереднього медичного огляду у вказаному Страховиком закладі охорони здоров'я (або у довіреного лікаря Страховика) та/або заповнення ЗО Заяви на страхування - Декларації про Здоров'я встановленого Страховиком зразка;

12.2.4. забезпечити Страховику доступ до медичних документів ЗО, що дозволяє усім його лікарям і/або будь-якій юридичній особі або іншій установі передати у розпорядження Страховику всю медичну інформацію стосовно ЗО;

12.2.5. сповіщати Страховика протягом строку дії Договору про зміни прізвищ, адрес та інших необхідних даних, що стосуються Страхувальника та ЗО до першого числа наступного місяця;

12.2.6. повідомити ЗО про укладення цього Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дати укладення цього Договору, та ознайомити їх зі змістом цього Договору, отримати згоду Застрахованих осіб на страхування за цим Договором (укладання Договору) та ознайомити їх з умовами страхування, за вимогою Страховика передати йому документальне підтвердження отримання письмової згоди Застрахованих осіб на страхування за цим Договором;

12.2.7. сплачувати страхові платежі у розмірі та строки, встановлені цим Договором;

12.2.8. при укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику, як то погіршення умов праці, зміна технологічного процесу, введення нових форм виробництва тощо;

12.2.9. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші Договори страхування, укладені щодо ЗО.

12.3. ЗО має право:

12.3.1. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному "Умовами страхування" розділ 9 даного Договору.

12.3.2. вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхових виплат та надання медичних послуг передбачених Договором у відповідності до його умов;

12.3.3. вимагати від Страховика дотримуватись конфіденційності відносно будь-якої інформації, яка стосується Договору;

12.3.4. ЗО має право отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов отримання медичних послуг.

12.4. ЗО зобов'язана:

12.4.1. при настанні Страхового випадку та/або якщо ЗО дізналася про необхідність хірургічного втручання та/або лікування раку і/або трансплантацію, вона зобов'язана негайно повідомити Страховика, але не пізніше 72 (сімдесяти двох) годин, і отримати його письмову згоду на Операцію і/або лікування раку і/або трансплантацію;

12.4.2. забезпечити Страховику доступ до медичних документів ЗО, що дозволяє усім його лікарям і/або будь-якій юридичній особі або іншій установі передати у розпорядження Страховику всю медичну інформацію стосовно ЗО;

12.4.3. дотримуватись правил розпорядку й режиму роботи закладів охорони здоров'я;

12.4.4. виконувати рекомендації, розпорядження та медичні призначення лікарів;

12.4.5. вживати заходів щодо запобігання й зменшення збитку, одержаного внаслідок настання страхового випадку.

12.5. Страховик має право:

12.5.1. самостійно з'ясувати причини та обставини страхових випадків, в разі необхідності отримати висновки закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів та інших підприємств і організацій, що володіють інформацією про обставини страхових випадків;

12.5.2. перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником/ЗО;

12.5.3. одержувати від державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян відомості, пов'язані із страховим випадком;

12.5.4. відстрочити прийняття рішення щодо страхової виплати або відмови в ній в разі внесення відомостей до ЄРДР за фактом подій, що призвели до страхового випадку із ЗО, до закриття кримінального провадження або ухвалення судом вироку, повідомивши про це Страхувальника протягом 5 (п'яти) робочих днів, з моменту отримання інформації щодо порушення кримінальної справи, якщо в результаті врегулювання страхового випадку та настання строку для виплати відшкодування відповідно до цього Договору, не буде завершено належні заходи фінансового моніторингу, що вчиняються Страховиком – до здійснення таких заходів;

12.5.5. відмовити у страховій виплаті, у частині виплати, що перевищує страхову суму або ліміти на послуги, згідно з даним Договором;

12.5.6. достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених п.п. 18.5. - 18.7 цього Договору;

12.5.7. ініціювати перегляд Сторонами умов цього договору щодо розміру страхового платежу;

12.5.8. інші права, передбачені Договором, Правилами страхування та законодавством України.

12.6. Страховик зобов'язаний:

12.6.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

12.6.2. протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

12.6.3. у випадку звернення Страхувальника з приводу втрати примірника Договору протягом строку його дії, оформити та видати дублікат втраченого документу;

12.6.4. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений цим Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нарахована пеня;

12.6.5. за заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що змінили страховий ризик, переукласти з ним Договір;

12.6.6. не розголошувати відомості про Страхувальника, ЗО, їхній майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України;

12.7. Припинення дії Договору не звільняє Сторони від відповідальності за його порушення.

## 13

### ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗО) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

13.1. У разі настання передбаченої цим Договором події, яка може бути визнана страховим випадком, ЗО для одержання Послуг зобов'язана: Послуг зобов'язана:

13.1.1. при настанні страхового випадку негайно, але не пізніше 120 (ста двадцяти) годин, зателефонувати до уповноваженої «Асистуючої компанії» для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг. Таке звернення від імені ЗО може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї ЗО, її опікунами, піклувальниками або іншими особами (в залежності від стану здоров'я ЗО).



13.1.2. при зверненні до уповноваженої «Асистуючої компанії» ЗО має надати наступну інформацію:

- П.І.Б.;
- номер та строк дії цього Договору;
- місце роботи, місце проживання;
- причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям або замовлення Послуги);
- місце перебування;
- контактний телефон.

Далі – діяти за вказівкою оператора «Асистуючої компанії» або лікаря-координатора уповноваженого закладу охорони здоров'я;

13.1.3. виконувати призначення лікаря, докласти всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків;

13.1.4. повідомити (надати) Страховику всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів, у строки, передбачені Договором, для прийняття рішення про страхову виплату та її розмір;

13.1.5. Страховий випадок має бути документально підтвердженим.

#### 14. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ТА ЇХ РОЗМІР

14.1. Страхова виплата здійснюється Постачальнику послуг, Асистуючій компанії на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, та здійснюється на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги та їх вартість або ЗО у випадку, якщо ЗО за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих Послуг, у разі смерті ЗО – Вигодонабувач.

14.2. Оплата вартості Послуг, передбачених цим Договором, здійснюється на підставі рахунку закладу із зазначенням діагнозу, переліку фактично наданих Послуг і їх вартості, загальної суми витрат на всі Послуги, наданих ЗО, строків лікування, витягу з історії хвороби та/або з амбулаторної карти, завіреного печаткою закладу охорони здоров'я та підписом відповідальних осіб (на вимогу Страховика).

14.3. Розмір страхової виплати дорівнює вартості Послуг та/або медикаментів, передбачених даним Договором, але не більше страхової суми та/або лімітів на послуги, передбачених даним Договором.

14.4. Страхова виплата здійснюється тільки після перевірки всіх наданих Страховику документів, що підтверджують настання страхового випадку. У деяких випадках можливе проведення медичного обстеження ЗО довіреним лікарем Страховика.

14.5. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену цим Договором страхову суму та/або ліміт на послуги, встановлені в цьому Договорі.

14.6. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Постачальнику послуг, Асистуючій компанії приймається протягом не більше ніж 10 (десять) календарних днів від дати подання всіх необхідних документів.

14.7. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше одного місяця з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, і повідомляється в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з моменту прийняття такого рішення.

14.8. У разі прийняття рішення про страхову виплату, Страховик здійснює таку виплату безпосередньо Постачальнику послуг, Асистуючій компанії в залежності від обставин, і на розсуд Страховика в строк 15 календарних днів з дня прийняття позитивного рішення щодо такої виплати.

14.9. У випадку смерті ЗО, Страховик здійснює страхову виплату Вигодонабувачу.

14

### ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІ ВИПЛАТІ ТА ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

15.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

15.1.1. настання подій, які не є страховими випадками згідно умов цього Договору;

15.1.2. ненадання Страховику документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події страховим випадком і здійснення страхової виплати, в строк 20 календарних днів від дати повідомлення про настання страхового випадку;

15.1.3. навмисні дії ЗО, спрямовані на настання страхового випадку;

15.1.4. вчинення ЗО умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

15.1.5. подання Страховальником/ЗО свідомо неправдивих відомостей про ЗО або про факт настання страхового випадку;

15.1.6. несвоєчасне повідомлення ЗО про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. невиконання п.п. 13.1.1., 13.1.4. цього Договору;

15.1.7. настання страхового випадку після зміни страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика;

15.1.8. не надання лікарю-експерту (лікарю, який співпрацює з Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду;

15.1.9. надання Страховику свідомо неправдивої інформації або недостовірних даних стосовно стану здоров'я ЗО;

15.1.10. не повідомлення Страховику даних, що мають значення для оцінки страхового ризику;

15.1.11. не виконання (виконання неналежним чином) своїх обов'язків, встановлених Договором;

15.1.12. перевищення суми страхової виплати над страховою сумою та лімітами на послуги. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену цим Договором страхову суму та/або ліміт на послуги, встановлені в цьому Договорі.

15.1.13. настання страхового випадку до дати початку страхування, або після дати кінця страхування, або протягом кваліфікаційного періоду;

15.1.14. зазначення Страховальником/Застрахованою особою неправильною віку застрахованих осіб при оформленні даного договору;

15.1.15. настання випадку по особам, які відносяться до осіб, зазначених в п. 15.2. цього Договору;

15.1.16. інші підстави, передбачені законодавством України та Правилами страхування.

15.2. Договір не може бути укладений на користь осіб:

15.2.1. визнаних у встановленому порядку недієздатними;

15.2.2. хворих на тяжкі неврологічні та психічні захворювання зокрема, порушення мозкового кровообігу, пухлин/и головного та спинного мозку, епілепсії, шизофренії; громадян, які знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних диспансерах;

15.2.3. хворих на СНІД і тяжкі (декомпенсовані) форми захворювань серцево-судинної системи;

12.2.4. інвалідів I групи, інвалідів дитинства;

12.2.5. які знаходяться в місцях позбавлення волі.

12.2.6. хворих на онкологічні захворювання будь-якої форми, на дату укладення договору страхування.

15.3. Страховик не сплачує вартість:

15.3.1. Операції по виправленню вроджених вад і/або аномалій;

15.3.2. Будь-яких операцій, які виконуються для естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись: хірургічна корекція короткозорості і бариатричні операції, включаючи, але не обмежуючись гастропластиком, і за виключенням відновлюючих операцій грудей, таких як мастектомії або видалення пухлини, і реабілітації особи після таких операцій та/або травм;

15.3.3. Експериментального лікування і/або хірургічного втручання, та лікування і/або хірургічне втручання, що вимагає схвалення Гельсінкської комісії і/або схвалення будь-якої іншої установи, що заміняє Гельсінкську комісію;

15.3.4. Колоноскопії, гастроскопії і гістероскопії, якщо виконуються не як частина Лікування раку, що покривається;

15.3.5. Обстеження, лабораторні аналізи, рентгенографія, променева терапія, ін'єкції, крапельниці, огляд/та візуалізація, така як КТ і МРТ, якщо не є частиною Лікування раку;

15.3.6. Перевірки вагітності і/або огляд плоду;

15.3.7. Стоматологічної хірургічної процедури, пов'язані із яснами, зубами, інші;

15.3.8. Лікування і/або Операції, пов'язані з заплідненням, і/або стерильністю, і/або добровільною стерилізацією;

15.3.9. Витрат на переліт і проживання, якщо інше не передбачено програмою страхування;

15.3.10. Операції або лікування для пересадки кісткового мозку.

15.4. Страховик не оплачує лікування наступних захворювань та розладів здоров'я:

15.4.1. Пухлини, які гістологічно діагностовано як злоякісні зміни Ca in situ, в тому числі дисплазія шийки матки класів CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини гістологічно діагностовано як перед-ракові;

15.4.2. Меланома класу A1 (1 мм) за класифікацією AJCC, 2002;

15.4.3. Гіперкератоз і базально-клітинний рак;

15.4.4. Плоскоклетинна карцинома, якщо тільки вона не поширюється на інші органи;

15.4.5. Рак простати гістологічно класифікований як такий, що має показник Глісона до 6, або прогресуючий до TNM класифікації T2 N0 M0;

15.4.6. Хронічний лімфолейкоз (С.L.L.);

15.4.7. Всі форми раку за наявності будь-якого вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ).

15.5. Страховик не несе відповідальності і не зобов'язується сплачувати страхові виплати по страховому випадку частково або в повному обсязі

в будь-якому з наступних випадків:

15.5.1. Страховий випадок, що насправді виник через природний розвиток вже існуючого медичного стану; тобто медичні обставини, що діагностовано у ЗО до дати укладання Договору, в тому числі через хворобу або нещасний випадок. Діагнози виставлені за допомогою документаційної медичної процедури, яка була проведена до дати, коли ЗО приєдналася до Договору або з особистих знань ЗО;

15.5.2. Фізіотерапевтичні процедури, реабілітація, альтернативна медицина, лікування зубів;

15.5.3. Лікування в країні походження ЗО, або медична допомога, що не передбачена в «Країнах призначення», за виключенням пересадки органів;

15.5.4. Страховий випадок, який був спричинений або є результатом служби Страхувальника та/або Застрахованої особи у різних збройних силах, у тому числі, але не обмежуючись: службою в армії, поліції, пожежній частині, в'язниці;

15.5.5. Вроджена недостатність або хвороба;

15.5.6. Ушкодження, отримані у ході війни або ворожих дій (терористів) або від дій, пов'язаними із національною безпекою;

15.5.7. Активна участь ЗО у війні, військових, поліцейських операціях, революції, заколотах, погромах, масових заворушеннях, саботажах та/чи будь-яких незаконних діях;

15.5.8. Кримінальна діяльність, у якій ЗО взяла участь;

15.5.9. Алкоголізм та пияцтво ЗО;

15.5.10. Вживання ЗО препаратів або наркотиків, якщо таке вживання не відбувається відповідно до вказівок лікаря та під його наглядом;

15.5.11. Небезпечні захоплення, такі як: дельтапланеризм, польоти на парашути, стрибки з парашутом, підводне плавання, катання на лижах по воді або снігу, стрибки з банджі, альпінізм, політ на будь-якому льотному транспорті, за винятком польоту на цивільному літаку, сертифікованому для перевезення пасажирів;

15.5.12. Заняття спортом, в якому ЗО бере участь професійно або через приналежність до спортивної організації;

15.5.13. Будь-який вплив радіації, радіоактивного забруднення, ядерних процесів, будь-якого ядерного матеріалу або відходів;

15.5.14. Періодичні огляди і процедури, незалежна консультація іншого спеціаліста, витрати, не пов'язані зі страховим випадком;

15.5.15. Послуги, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях;

15.5.16. Послуги, що прямо не передбачені даним договором страхування;

15.5.17. Психірургія;

15.5.18. Будь-якого виду трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років;

15.5.19. Послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);

15.5.20. Якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи;

15.5.21. Якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку);

15.5.22. Захворювання і стани, не передбачених цим пакетом страхування та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування;

15.5.23. Захворювання і стани, не передбачених цим пакетом страхування та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування;

15.5.24. Послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором страхування, в т.ч. в разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених цим пакетом;

15.5.25. Послуги, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування з приводу захворювання;

15.5.26. Захворювання та стани, 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 злякисним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДУ (включаючи саркому Капоші);

15.5.27. Пов'язаних із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;

15.5.28. В зв'язку з отриманням Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені Програмою страхування або вибір яких не був узгоджений із Страховиком;

15.5.29. Страховик не несе відповідальності за якість медичних або інших послуг, що надаються ЗО в рамках Договору.

15.5.30. Підставою для відмови Застрахованій особі Страховиком або Асистансом в організації медичної допомоги (крім випадків невідкладної допомоги) є спілкування Застрахованої особи з Асистансом з використанням ненормативної лексики або спілкування в форматі, що ображає та принижує гідність людини, про що є відповідний запис телефонної розмови.

15.6. Страховиком також не відшкодовуються:

15.6.1. Будь-які витрати, понесені в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd.

15.6.2. Перевищення терміну перебування в стаціонарних умовах, який становить 10 (десять) календарних днів, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі ще 8 (вісім) календарних днів. Дане обмеження не стосується страхового покриття по трансплантації життєво - важливих органів та/або реабілітації.

15.6.3. Перевищення терміну лікування, який становить 30 (тридцять) днів, після закінчення терміну дії Договору, у разі, якщо медичне лікування не було завершено до моменту закінчення терміну дії Договору страхування.

15.6.4. Перевищення терміну проживання Застрахованої особи та Супроводжувачої (-их) особи (-их), який обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжений ще на 8 (вісім) календарних днів.

15.6.5. Будь-які витрати понесені в термінах, які перевищують терміни, встановлені даним Договором.

15.6.6. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою до початку діагностування/лікування у закладах охорони здоров'я (до погодження зі Страховиком).

15.7. У разі, якщо Страхувальник/ЗО на момент настання страхового випадку був застрахований в іншого Страховика за тими самими ризиками, Страховик має право відмовити Страхувальнику/ЗО у здійсненні страхового відшкодування або зменшити розмір цього відшкодування. Підставою для такої відмови може бути письмове підтвердження іншого Страховика про наявність Договору страхування за цими ризиками стосовно цього Страхувальника/ЗО.

## 16

## УМОВИ СТРАХУВАННЯ

16.1. При виникненні Страхового випадку Страховик покриває витрати на лікування раку Страхувальника/ЗО під час його госпіталізації в «Країні призначення», в повному обсязі і безпосередньо через Постачальника послуг, окрім випадку, якщо договором передбачена франшиза. Страхувальник/ЗО, також мають право надати Страховику оригінали квітанції, стосовно фактичних витрат, зазначених нижче, за умови, що максимальна сума, яка виплачується Страховиком, не перевищуватиме суму, що виплачується Постачальнику послуг за хірургічні процедури, що здійснюються в Узгодженій лікарні в «Країні призначення» протягом Періоду Страхування.

16.1.1. По програмі «Міжнародна» розмір франшизи визначено в сумі 0,00 грн. для осіб віком від 1 (одного) до 69 (шістдесяти) років (включно), які обрали програму з наявністю такої франшизи;

16.1.2. По програмі «Україна розширена» розмір франшизи визначено в сумі 0,00 грн. для осіб віком від 1 (одного) до 40 (сорока) років (включно) та в сумі 75 000,00 грн. для осіб віком від 41 (сорок одного) до 69 (шістдесяти) років (включно), які обрали програму з наявністю такої франшизи;

16.1.3. По програмі «Україна» розмір франшизи визначено в сумі 0,00 грн. для осіб віком від 1 (одного) до 40 (сорока) років (включно) та в сумі 150 000,00 грн. для осіб віком від 41 (сорок одного) до 69 (шістдесяти) років (включно), які обрали програму з наявністю такої франшизи.

16.2. Консультація перед початком лікування (доопераційна консультація) – Страхувальник/ЗО має право на дві консультації до початку лікування з Фахівцем відповідної галузі. Оплату консультацій Страховик проводить у межах СС.

16.3. Послуги/а Фахівця оплачуються Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг у межах СС.

16.4. Послуги Анастезіолога оплачуються Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг у межах СС.

16.5. Витрати на операції будуть оплачені Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг у межах СС.

16.6. Послуга Госпіталізації або перебування/ проживання оплачується Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг у межах СС. Термін перебування в стаціонарних умовах обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Стра-

-хованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів. Дане обмеження не стосується страхового покриття по трансплантації життєво - важливих органів та/або реабілітації.

16.7. Виявлення патологій сплачується Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг у межах СС.

16.8. Повторний огляд на патології оплачується Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг з франшизою 25% у межах СС.

16.9. Послуги Медсестри у після операційний період оплачується Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг, у межах СС.

16.10. Медикаменти, Хіміотерапія, Гормональна терапія та Променева терапія оплачується Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг, відповідно до того, що отримала ЗО у межах СС. Медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах. Строк перебування в стаціонарних умовах обмежується 10 (десяти) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів. Дане обмеження не стосується страхового покриття по трансплантації життєво - важливих органів та/або реабілітації.

16.11. Вартість Імплатату - у випадку, якщо Страхувальник/ЗО зазнала хірургічного втручання і їй було встановлено «Імплат», його вартість сплачується Страховиком безпосередньо Постачальнику послуг, у межах ліміту 15 000 дол. США.

16.12. Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури, під час та після проведення лікування здійснюються в межах загального ліміту страхової суми, передбаченого за обраною Програмою страхування. При цьому, передбачено придбання ліків, затверджених FDA (U.S. Food and Drug Administration) и EMA (European Medicines Agency). Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцять) робочих днів.

16.13. Страховик сплачує наступні витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг при трансплантації кісткового мозку Застрахованій особі віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно), для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії:

16.13.1. Трансплантації кісткового мозку для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії, яка проводиться через Постачальника послуг у визнаному у цій галузі закладі охорони здоров'я, відповідно до страхових лімітів, зазначених нижче, до того часу, поки трансплантація здійснюється у лікарні, яка погоджена зі Страховиком;

16.13.2. Трансплантації кісткового мозку для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії, яка здійснюється не через Постачальника послуг, але в закладі охорони здоров'я, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком, Страховик несе відповідальність в межах лімітів встановлених нижче;

16.13.3. Витрати на діагностику, медичне лікування та госпіталізацію у погодженій Страховиком лікарні, де здійснювалась трансплантації кісткового мозку або лікування відповідно до обраної Програми страхування;

16.13.4. Оплата праці лікаря-хірурга та операційні витрати, що понесені під час трансплантації або медичного лікування відповідно до обраної Програми страхування;

16.13.5. Оплата госпіталізації Застрахованої особи в лікарні до 30 (тридцяти) днів перед виконанням трансплантації кісткового мозку або за медичне лікування, в межах страхової суми, та до 335 (трихсот тридцяти п'яти) днів після виконання трансплантації, в тому числі, за медичні обстеження, лабораторні аналізи та/або тести, лікарські засоби протягом всього періоду госпіталізації.

16.14. У разі, 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 Програми страхування, на термін не більше 30 (тридцяти) послідовних днів після закінчення терміну дії Договору страхування.

16.15. Якщо в Договорі зазначено, що якась опція включає у себе франшизу, тоді ЗО сплачує франшизу як частину вартості медичного лікування у зазначеному розмірі, встановленого в даному Договорі.

16.16. Якщо даним Договором передбачена франшиза на послуги, то всі послуги, передбачені цим Договором, покриваються Страховиком лише після самостійної оплати Страхувальником (ЗО) послуг у розмірі

передбаченої цим Договором франшизи на послуги.

16.17. У тому випадку, якщо Страхувальник/ ЗО придбав страховий захист за більше ніж однією опцією, і страховий випадок передбачає декілька франшиз, утримується одна франшиза, найвища серед відповідних франшиз.

16.18. При виникненні Страхового випадку і в тому випадку, якщо Страхувальник/ ЗО також придбала опції, Переліт, Супроводжуючий, Повернення тіла, Медичний повітряний транспорт, Консьєрж послуги, Страховик зобов'язаний оплатити вартість наступних пунктів в межах лімітів, встановлених в Договорі:

16.18.1. Вартість одного польоту ЗО, в разі медичної допомоги за умови, що Страхувальник/ЗО придбав відповідну опцію, для польоту туристичним класом лише до «Країни призначення», і повернення до країни походження в межах СС. Переліт при проведенні лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами Програми страхування - квиток економ-класу для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи, у разі страхування осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) для 2 (двох) Супроводжуючих осіб, від місця проживання до місця проведення лікування та назад, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, де буде проведено лікування.

16.18.2. При проведенні лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами Програми страхування - проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи, у разі страхування осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) для 2 (двох) Супроводжуючих осіб, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує в місці проведення лікування. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Термін проживання Застрахованої особи та Супроводжуючої (-их) особи (-іб) обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів.

16.18.3. Проживання та переліт одного супроводжуючого туристичним класом тільки до «Країни призначення» і повернення до країни походження, і якщо ЗО є неповнолітньою, для двох супроводжуючих, в разі медичного лікування, в межах СС. При проведенні лікування як в Україні, так і за її межами, проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи, у разі страхування осіб віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) для 2 (двох) Супроводжуючих осіб, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує в місці проведення лікування. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Термін проживання Застрахованої особи та Супроводжуючої (-их) особи (-іб) обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів.

16.18.4. У випадку, якщо ЗО помирає протягом курсу лікування у «Країні призначення» і впродовж 10 днів після завершення лікування, все ще знаходиться в «Країні призначення», Страховик, в разі медичного лікування повинен покривати витрати на повернення тіла ЗО до країни походження в межах ліміту 5 000 дол. США.

16.18.5. Страховик покриває одноразово витрати на медичний повітряний транспорт до «Країни призначення» і/або Країни походження Страхувальника/ЗО, в межах ліміту 25 000 дол. США, у разі якщо медичний стан ЗО потребує використання медичного повітряного транспорту, відповідного до сертифікованих медичних стандартів. ЗО матиме право на покриття, якщо виконуються наступні умови:

- Лікування не може бути проведене в країні постійного проживання ЗО.

- Відсутність евакуації ЗО відповідно до умов Договору ставитиме під загрозу життя ЗО і/або призведе до її постійної недієздатності на 50% або більше.

- Ухвалення лікаря від імені Страховика видається до виконання евакуації, за умови якщо вищевказані інші дві умови виконані.

16.18.6. Підтримка з наступних питань: організація допомоги з отриманням віз, бронюванням авіа квитків та розміщенням, транспортування, перекладач та особистий супровід під час медичного обслуговування. Страховик не несе відповідальності за якість послуг, що надаються в рамках консьєрж-послуг та їх постачальників.

16.19. Паліативна допомога або хоспіс на підставі висновку лікаря (рекомендації) профільного закладу охорони здоров'я надається ЗО Асистируючою компанією/ Страховиком в межах СС.



## ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТ. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ЗО.

17.1. Якщо (у разі настання страхового випадку) ЗО за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих Послуг, для отримання нею страхової виплати у розмірі понесених витрат та у межах страхової суми/лімітів ЗО/Страхувальник або, у разі смерті ЗО – Вигодонабувач, повинна звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.

17.2. До заяви мають бути додані такі документи:

17.2.1. документ, що ідентифікує ЗО або спадкоємця паспорт/паспорт, виготовлений у вигляді паспортної картки (серія, номер, ким виданий, дата видачі/дата видачі і код органу, що його видав), посвідчення водія, тимчасове посвідчення особи громадянина України тощо), якщо ЗО неповнолітня — паспорт, виготовлений у вигляді паспортної картки (серія, номер, ким виданий, дата видачі/дата видачі і код органу, що його видав) одного із батьків та копію свідоцтва про народження;

17.2.2. копію договору;

17.2.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру або документу із зазначенням РНОКПП особи, що отримує виплату;

17.2.4. документи закладів охорони здоров'я, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу закладу охорони здоров'я та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка викилику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка закладу охорони здоров'я та підпис уповноваженої особи;

17.2.5. результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз;

17.2.6. у випадку смерті ЗО: 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 його померлим або визнання безвісно відсутнім – судове рішення, яке набрало законної сили – подається спадкоємцями ЗО;

17.2.7. документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – подається спадкоємцями ЗО.

17.2.8. інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку.

17.3. Документи на здійснення страхової виплати повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після проведення оплати вартості Послуг ЗО, а у випадку смерті ЗО – не пізніше 7 (семи) місяців з моменту настання страхового випадку. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, документи подаються як тільки це стане можливим, з обґрунтуванням причин затримки. Причина затримки має бути обґрунтована шляхом надання документів компетентних органів, які підтверджують несвоєчасність надання необхідних документів.

17.4. Якщо документи видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 5 (п'яти) календарних днів з дня їх отримання ЗО чи спадкоємцями ЗО, у випадку смерті ЗО.

17.5. Копії документів, що подаються Страховику повинні бути засвідчені у встановленому чинним законодавством України порядку.

17.6. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо ЗО (Страхувальнику) приймається протягом не більше ніж 10 (десять) календарних днів від дати подання всіх необхідних документів Застрахованою особою.

17.7. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше одного місяця з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, і повідомляється в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту прийняття такого рішення.

17.8. Страхову виплату ЗО (Страхувальнику) Страховик здійснює протягом не більше ніж 15 (п'ятнадцять) календарних днів з дня прийняття

позитивного рішення щодо такої виплати.

17.9. Сплата страхових виплат здійснюється в національній валюті України.

17.10. Несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та є необхідними для здійснення страхової виплати, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

17.11. У випадку смерті ЗО, Страховик здійснює страхову виплату постачальнику послуг, або родичам ЗО.

## ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

18.1. Зміни або доповнення до цього Договору здійснюються за взаємною згодою Сторін на підставі заяви однієї із Сторін і оформлюються письмово шляхом укладання Додаткової угоди до цього Договору.

18.2. Дія цього Договору припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

18.2.1. закінчення строку дії;

18.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

18.2.3. прийняття судового рішення про визнання цього Договору недійсним;

18.2.4. несплати страхового платежу за другий та наступний період страхування у розмірі та строки, встановлені цим Договором. В такому разі Договір вважається припиненим з 00 годин 00 хвилин через 5 (п'ять) робочих днів з дати, зазначеної як дата сплати чергової частини страхового платежу;

18.2.5. з ініціативи Страхувальника/Страховика, згідно з умовами Правил страхування та чинного законодавства України;

18.2.6. За згодою сторін дія Договору страхування може бути припинена щодо окремої ЗО, також може бути змінено Програму страхування окремо для кожної ЗО. Умови припинення та зміни умов в такому випадку обумовлюються у відповідних договорах, що укладаються між Страховиком та Страхувальником.

18.3. Включення до списку ЗО:

ЗО вважається включеною до переліку застрахованих осіб по даному Договору з дати, зазначеної в Заяві Страхувальника/ЗО датою початку страхування, але не раніше дня, наступного після надання такої Заяви Страховику та після отримання підтвердження від Страховика про прийняття на страхування, що оформлюється відповідною додатковою угодою. Страховий платіж, страхова сума та ліміти на послуги при включенні ЗО до списку розраховуються за наступною формулою:

$$\frac{СП(СС,СЛ)}{n} \times m$$

СП – страховий платіж;

СС – страхова сума;

СЛ – страховий ліміт;

m – кількість місяців фактичної дії страхового захисту по щойно прийнятій ЗО;

n – кількість місяців дії страхового захисту на щойно прийнятій ЗО.

18.4. Виключення зі списку ЗО:

ЗО вважається виключеною з переліку застрахованих осіб по даному Договорі з дати, зазначеної в Заяві Страхувальника на виключення, але не раніше дня надання такої Заяви Страховику.

18.4.1. за бажанням Страхувальника і згідно з укладеною Додатковою угодою залишок страхового платежу може бути повернений Страхувальнику;

18.4.2. У разі сплати повного страхового платежу на момент виключення ЗО зі списку Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу, сплаченого за Договором за цю ЗО. Сума страхового платежу, що підлягає поверненню, розраховується на основі pro-scala. Що означає - річний страховий внесок, помножений на кількість місяців, що залишилися від скасування до кінця періоду страхування мінус 2, поділений на 10 та за мінусом витрат на ведення справи (30% від суми страхового платежу, що підлягає поверненню).

18.4.3. У разі якщо страховий платіж сплачується частинами і на момент виключення ЗО зі списку Страховик повертає Страхувальнику частину страхового платежу, сплаченого за Договором за цю ЗО. Сума страхового платежу, що підлягає поверненню, розраховується за формулою:

$$PP = ((DT - Tn) / (DT - Tm)) * P, \text{ де}$$

PP – сума страхового платежу, що підлягає поверненню;

DT – дата, до якої була сплачена премія;

Tn – дата виключення ЗО зі списку;

Tm – дата початку дії договору по ЗО, яка виключається;

P – сплачена премія.

18.4.4. У будь-якому разі, якщо дію цього Договору буде припинено, частину страхового платежу буде повернено Страховиком лише за умови, що на момент припинення дії цього Договору загальна сума страхових виплат по всіх страхових випадках стосовно ЗО згідно з цим Договором не перевищуватиме 70% від загального розміру Страхового платежу за цим Договором;

18.4.5. Страховий платіж (невикористана частина платежу) не повертається також у разі, якщо сума виплат по всіх страхових випадках стосовно ЗО, по відношенню до якої припиняється дія цього Договору, перевищує 70% страхового платежу, сплаченого за страхування цієї особи.

18.5. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію цього Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії цього Договору.

18.6. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі (також і у випадку одноразового внесення страхового платежу за весь рік страхування) за період, що залишився до закінчення дії цього Договору, з врахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30 (тридцять)%, також витрат, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що вже були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

18.7. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору з врахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30 (тридцять)%, також витрат, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що вже були здійснені за цим Договором.

18.8. У разі припинення дії цього Договору в зв'язку з виконанням Страховиком взятих на себе зобов'язань у повному обсязі, страхові платежі не повертаються.

18.9. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору.

18.10. Цей Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

## 19 ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

19.1. Усі спори між Сторонами вирішуються шляхом проведення переговорів.

19.2. Якщо переговори по спірних питаннях не дають бажаного результату, розв'язання спорів здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України.

## 20 ІНШІ УМОВИ

20.1. Терміни застосовані в цьому Договорі:

**Страхова сума на 1 (одну) ЗО** - це грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний організувати ЗО медичні та інші послуги в закладах, передбачених цим Договором.

**Страховий тариф** - ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**Страховий платіж на 1 (одну) ЗО** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з цим Договором, за одну ЗО.

**Загальний страховий платіж** (визначається шляхом складання Страхових платежів на 1 (одну) ЗО) - це плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з цим Договором за всіх ЗО.

**Страхова виплата** - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

**Страховий захист** - сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником та/або Застрахованою особою згідно з умовами Договору страхування.

**Ліміт** - гранична межа суми за окремим видом послуг, в межах якої Страховик зобов'язаний організувати ЗО медичні та інші послуги в закладах передбачених цим Договором.

**Франшиза** - сума, що сплачується лікувальному закладу безпосередньо Застрахованою особою, як оплата частини вартості лікування.

**Вік ЗО** - Вік ЗО розраховується як різниця між датою народження ЗО

і датою укладення Договору по відношенню до такої ЗО. Вік вимірюється у повних роках, тому різниця в 6 місяців і більше будуть додані до повних років ЗО. **Країни призначення** - Країни, де ЗО, відповідно до умов цього Договору, має право на отримання медичної або іншої допомоги.

**Попередній медичний стан** - Медичні показники, що діагностовано у ЗО до дати, коли ЗО отримала цей Договір, що є результатом хвороби або нещасного випадку. Встановлюється у ЗО за допомогою задокументованого медичного діагнозу, або задокументованої медичної діагностичної процедури, яка проводилася до дати отримання ЗО Договору.

**Асистуюча компанія** - юридична або фізична особа, що перебуває у договірних відносинах із Страховиком, в тому числі, але не виключно щодо координації дій Страхувальника (ЗО) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (ЗО) в разі настання страхового випадку, організації, контролю, сплати надання таких послуг, тощо.

**Договір** - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку організувати ЗО медичні та інші послуги, передбачені даним Договором, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору, в тому числі, декларації здоров'я і всіх Додатків та доповнень до нього.

**Страховий рік** - період у 12 місяців поспіль, починаючи з дати початку страхування, яка зазначена в даному Договорі, і автоматично продовжується кожні 12 місяців, у випадку, якщо Сторони не заявили про припинення дії Договору за 30 календарних днів до Дати кінця страхування.

**Пропозиція** - Заява, що подається Страхувальником та/або ЗО з метою укладення Страховою особою до цього Договору.

**Винятки щодо існуючих медичних станів** - Загальне виключення у Договорі, що звільняє Страховика від відповідальності, або зменшує відповідальність Страховика, або розмір страхових виплат, стосовно страхових випадків, що спричинені вже існуючим медичним станом, і що виникли в період, коли виняток має місце.

**Консьєрж-послуги** - Підтримка з наступних питань: організація допомоги з отриманням віз, бронюванням авіа квитків та розміщенням, транспортування, перекладач та особистий супровід під час медичного обслуговування.

**Курс обміну валюти** - Співвідношення валютного курсу в країні, де видається Договір, до доларів США (USD). Страховий внесок буде змінюватися в залежності від коливань обмінного курсу.

**Дата початку періоду страхування** - Дата, зазначена в цьому Договорі, в якості дати початку страхового захисту.

**Медсестра** - Медсестра, яка сертифікована Міністерством охорони здоров'я в «Країні призначення».

**Заклад охорони здоров'я** - установа, визнана кваліфікованими органами в «Країні призначення» як лікарня, за виключенням санаторіїв (оздоровчого закладу) або реабілітаційної установи.

**Уповноважений медичний заклад** - "Лікарня", як визначено вище, з якою Страховик уклав Договір про співпрацю.

**Лікування раку** - Лікування ракових захворювань, що покриваються в рамках даного Договору, включаючи медикаменти, хіміотерапію і променеви терапію, окрім Операцій, передбачених цим Договором.

**Рак** - Будь-яка злоякісна пухлина, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин і вторгненням в навколишні або інші тканини. Термін "рак" також включає у себе лейкемію, лімфому і хвороба Ходжкіна.

**Нейрохірургія / Нейрохірургічна операція** - будь-яке планове хірургічне втручання, рекомендоване нейрохірургом, на головний мозок або інші внутрішньочерепні структури, а також хірургічні втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку та його мембран.

**Кардіохірургія/Операція кардіохірургії** - операція, яка здійснюється за рекомендацією лікаря-кардіолога в умовах стаціонару, та спрямована на відновлення кровотоку в артеріях серця, шляхом обходу місця звуження (закупорки) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою обхідних трансплантатів (шунтів) або заміну або лікування одного або декількох серцевих клапанів.

**Трансплантація** - Хірургічне видалення з тіла ЗО легкого, серця, нирки, підшлункової залози, печінки, кишечника, яєчників і будь-якої їх комбінації, та пересадка в цілому або частково цього органу, взятого з тіла іншої людини, або пересадка кісткового мозку від іншого донора до тіла ЗО. Трансплантація також включає в себе пересадку шлучного серця.

**Витрати на переліт та проживання** - Витрати ЗО на переліт і проживання, коли операція відбувається в «Країні призначення».

**Операція** - Інвазивна хірургічна процедура - проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва ЗО.

**Спеціаліст** - Лікар, за винятком стоматологів, сертифікований кваліфікованими органами в «Країні призначення» в якості експерта в певній га



лузі медицини, і чиє ім'я включено у список фахівців у цій галузі.

**Анестезіолог** - Лікар, кваліфікований і сертифікований кваліфікованими органами в «Крайні призначення» в якості анестезіолога.

**Імплантат** - будь-який аксесуар, природний орган, або частина природного органу, або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого або вставленого в тіло ЗО під час і за допомогою операції, (наприклад: лінзи, стегно, і т.д.), за виключенням: вставний зуб, зубний імплантат, штучне серце і імплантат під час "пересадки". При відсутності сумнівів, що імплантат не вміщує у собі людський природний орган або частину природного органу людини.

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

**Хоспіс** - це паліативна допомога, що надається пацієнтам в кінці життя.

20.2. У разі, якщо Страхувальник/ЗО повідомив Страховика про певний медичний стан, і Страховик погодився застрахувати ЗО, і не виключає даний медичний стан із страхового покриття, Договір діє без виключень по даному медичному стану.

20.3. У разі, якщо Страхувальнику/ЗО було поставлено питання на момент надання його згоди на страхування по його декларації здоров'я щодо певного стану здоров'я, яке включається терміном "попередній медичний стан", як визначено вище, Страхувальник/ЗО зобов'язаний розкрити повну інформацію щодо такого стану у зазначеній декларації. У разі, якщо Страхувальнику/ ЗО було поставлено питання про поточний медичний стан, і він не надає повну інформацію, «Попередній медичний» стан не буде включатись в страхове покриття.

20.4. Не відходячи від вище зазначеного, виключення вже існуючих медичних станів, якщо не вказано інше, дійсні, від «Дати початку страхування», навіть якщо Страхувальнику не було задано питання про стан його здоров'я.

20.5. Інші терміни застосовані у цьому Договорі використовуються у відповідності з «Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» від 26.03.2010 р. № 0310200 та «Правилами добровільного страхування медичних витрат» від 18.06.2009 р. № 2190482, чинним законодавством України .

20.6. Всі зміни до цього Договору Сторони оформлюють тільки у письмовій формі і вигляді Додаткової угоди, якщо ці зміни не суперечать законодавству України та відповідають Правилам Страховика.

20.7. Умови, не зазначені у цьому Договорі, регулюються Правилами та діючим законодавством України. У випадку розбіжностей між Правилами та умовами цього Договору пріоритетне значення мають умови, вказані в цьому Договорі.

20.8. Страховик забезпечує Страхувальнику доступ до Правил в будь-якому відділенні Страховика та на інтернет-сайті Страховика за адресою: [www.krayina.com](http://www.krayina.com).

20.9. Цей Договір укладений українською мовою.

20.10. Невід'ємними частинами цього Договору є додатки:

20.10.1. Додаток 1 – Декларація про стан здоров'я та згода на страхування.

20.10.2. Додаток 2 - Перелік закладів охорони здоров'я.

20.10.3. Додаток 3 – Програма страхування, яка знаходиться за посиланням <https://krayina.com/storage/documents/z2TN52meeWJST0nFnfBtbBpzkHNM7eppZukhevW.pdf>

20.11. Підписанням цього Договору, Страхувальник підтверджує отримання дозволу ЗО на обробку їх персональних даних Страховиком та третіми особами (асистуючими компаніями, перестраховиками та ін.), яким Страховик надав таке право, в розумінні Закону України «Про захист персональних даних», з метою провадження Страховиком своєї страхової діяльності. Під персональними даними розуміються всі відомості, які Страхувальник надав Страховику щодо ЗО за цим Договором. Підписанням цього Договору, Страхувальник підтверджує повідомлення ЗО їх прав, визначених Законом України «Про захист персональних даних», обсяг, мету збору персональних даних та осіб, яким передаються персональні дані

20.12. Страхувальник та ЗО з Правилами страхування, Договором та інформацією, передбаченою ст. 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг" ознайомлені, всі тлумачення, терміни та умови страхування є зрозумілими.

20.13. Страхувальник попереджений про те, що у випадку, якщо ЗО не є членами його сім'ї, то для ЗО можуть виникнути податкові зобов'язання.

20.14. Підписанням цього Договору Страхувальник надає свою згоду на отримання інформаційних, в тому числі рекламних, повідомлень.

20.15. Цей Договір укладено шляхом підписання його Сторонами та скріплення печаткою (за наявності) або шляхом накладення Сторонами електронних цифрових підписів або в порядку, передбаченому Законами України «Про електронну комерцію», «Про електронні документи та електронний документообіг».



## Додаток 2

до Договору добровільного медичного страхування та страхування медичних витрат № \_\_\_/

## Перелік закладів охорони здоров'я:

Назва	Спеціалізація	Місцезнаходження	Країна	Посилання
ЛІСОД	Загальна	Київ	Україна	<a href="https://www.lissod.com.ua">https://www.lissod.com.ua</a>
Клініка Спіженка	Загальна	Київ	Україна	<a href="https://spizhenko.clinic/">https://spizhenko.clinic/</a>
Інноваційний онкологічний центр	Загальна	Київ	Україна	<a href="https://www.innovacia.com.ua">https://www.innovacia.com.ua</a>
Медичний центр Рамбама	Загальна	Хайфа	Ізраїль	<a href="http://www.rambam.org.il/EnglishSite/Pages/default.aspx">http://www.rambam.org.il/EnglishSite/Pages/default.aspx</a>
Медичний центр Халель Яфе	Загальна	Хадера	Ізраїль	<a href="http://hy.health.gov.il/eng/">http://hy.health.gov.il/eng/</a>
Герцелія медичний центр	Загальна	Герцлія	Ізраїль	<a href="http://www.hmcisrael.com/">http://www.hmcisrael.com/</a>
Медичний центр Ассута	Загальна	Тель-Авів	Ізраїль	<a href="http://en.assuta.co.il/">http://en.assuta.co.il/</a>
Ічиловський медичний центр	Загальна	Тель-Авів	Ізраїль	<a href="http://www.tasmc.org.il/sites/en/Pages/default.aspx">http://www.tasmc.org.il/sites/en/Pages/default.aspx</a>
Медичний центр Бейлінсона	Загальна	Петах-Тіква	Ізраїль	<a href="http://hospitals.clalit.co.il/Hospitals/Rabin/en-us/Pages/Homepage.aspx">http://hospitals.clalit.co.il/Hospitals/Rabin/en-us/Pages/Homepage.aspx</a>
Медичний центр Шеба	Загальна	Рамат-ган	Ізраїль	<a href="http://eng.sheba.co.il/">http://eng.sheba.co.il/</a>
Медичний центр Ас-сафХарофех	Загальна	Рішон-ле-Ціон	Ізраїль	<a href="http://www.assafh.org/sites/en/Pages/default.aspx">http://www.assafh.org/sites/en/Pages/default.aspx</a>
Медичний центр Хадасси	Загальна	Єрусалим	Ізраїль	<a href="http://www.hadassah-med.com/">http://www.hadassah-med.com/</a>
Меїрський медичний центр	Загальна	Кафар-Сабах	Ізраїль	<a href="http://www.meir-health.ru/">http://www.meir-health.ru/</a>
Реабілітаційна лікарня Реут	Реабілітація	Тель-Авів	Ізраїль	<a href="http://reuth-mc.org/">http://reuth-mc.org/</a>
Лікарня реабілітації Левінштейна	Реабілітація	Ранана	Ізраїль	<a href="http://hospitals.clalit.co.il/hospitals/Loewenstein/he-IL/Pages/HomePage.aspx">http://hospitals.clalit.co.il/hospitals/Loewenstein/he-IL/Pages/HomePage.aspx</a>