

1. Визначення понять та термінів. Загальні положення

1.1. Ці Загальні умови страхового продукту «Моє здоров'я» (надалі – Умови) затверджені Наказом № 49 від 25.06.2026 року, вступають в дію з 30.06.2026 року.

1.2. Ці Умови встановлюють загальні умови і порядок укладення, внесення змін та припинення договорів страхування за страховим продуктом «Моє здоров'я» (надалі - Договори або Договір). Конкретні умови страхування визначаються Сторонами при укладенні Договорів. За згодою Сторін у Договорі можуть бути зазначені також інші умови, що не суперечать цим Умовам та законодавству України.

1.3. Договори за цим страховим продуктом укладаються за **класом страхування 2** «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» та включають ризик в межах класу страхування - медичне страхування.

1.4. За цим страховим продуктом Об'єктом страхування є здоров'я Застрахованих осіб згідно з Переліком Застрахованих осіб, що є додатком і невід'ємною частиною Договору.

1.5. За цим страховим продуктом страховий тариф в Договорі не визначається.

1.6. Договори за цим страховим продуктом можуть укладатися як за формою Договору, затвердженою Страховиком, так і за формою Договору, яку пропонує Страхувальник, у разі, якщо умови Договору, який пропонує укласти Страхувальник, не суперечать цим Умовам.

1.7. Цей страховий продукт не містить ознак стандартного страхового продукту в розумінні Закону України «Про страхування».

1.8. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорах, якщо конкретним Договором не передбачено інше:

Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання Страхової виплати згідно з умовами Договору та/або відповідно до законодавства.

Якщо інше не передбачено Договором, за цим страховим продуктом **Вигодонабувачами** можуть бути:

- Надавач послуг (надалі також - НП), який надав Застрахованій особі передбачені Договором медичну допомогу, медичне обстеження, профілактично-оздоровчі чи реабілітаційні послуги, лікарські засоби та/або медичні вироби, якщо оплата таких послуг здійснюється Страховиком безпосередньо Надавачу послуг;
- Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги, медичного обстеження, профілактично-оздоровчих, реабілітаційних послуг, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами;
- Інші особи згідно з чинним законодавством України.

Гострий біль – реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю.

Екстрена стоматологічна допомога – це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі до усунення гострого болю, а саме, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронарит.

Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого виникають нові або посилюються вже наявні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку

ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

Заклад охорони здоров'я - 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 відповідно до законодавства України.

Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, здоров'я якої є об'єктом страхування за договором страхування. За страховим продуктом «Моє здоров'я» термін «Застрахована особа» охоплює фізичних осіб згідно з Переліком Застрахованих осіб, здоров'я яких є об'єктом страхування.

Зняття гострого болю – в рамках страхового продукту «Моє здоров'я» надається в обсязі забезпечення препаратами зі знеболювальною дією протягом 5 (п'яти) календарних днів на один випадок.

Інформаційно-комунікаційна система (надалі – ІКС) – сукупність інформаційних та електронних комунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле.

Код клієнта – унікальний код, що присвоюється клієнтам (групам клієнтів), що страхуються на умовах єдиної комерційної пропозиції та розглядаються Страховиком як група Страхувальників.

Корпоративний ліміт – об'єднаний агрегатний ліміт, що розповсюджується на всіх осіб, застрахованих за договорами з аналогічним кодом клієнта.

Лікувальна стоматологічна допомога – терапевтичне та хірургічне лікування тканин зуба та пародонту при відсутності гострого болю або після його усунення, а також ортодонтичне, ортопедичне лікування при захворюваннях, профілактичні стоматологічні послуги для запобігання розвитку захворювань, якщо такі передбачені Програмою.

Ліміт відповідальності – грошова сума та/або кількість (послуг, сеансів, консультацій тощо), зазначена у договорі страхування, що не перевищує встановлену в договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, що за згодою Сторін може встановлюватись за видами медичної допомоги (опціями Програми), одним страховим випадком, окремими видами медичних та інших послуг тощо.

Медикаменти, лікарські засоби – будь-яка зареєстрована у встановленому чинним законодавством України порядку речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), яка може бути призначена для відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

Медичний виріб – будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, що застосовуються як окремо, так і в поєднанні між собою (включаючи програмне забезпечення, передбачене виробником для застосування спеціально для діагностичних та/або терапевтичних цілей та необхідне для належного функціонування медичного виробу), призначені виробником для застосування з метою забезпечення діагностики, профілактики, моніторингу, лікування або полегшення перебігу хвороби пацієнта в разі захворювання, діагностики, моніторингу, лікування, полегшення стану пацієнта в разі травми чи інвалідності або їх компенсації, дослідження, заміни, видозмінювання або підтримування анатомії чи фізіологічного процесу, контролю процесу запліднення та основна передбачувана дія яких в організмі або на організм людини не досягається за допомогою фармакологічних, імунологічних або метаболічних засобів, але функціонуванню яких такі засоби можуть сприяти.

Медичне устаткування – це товари медичного призначення, що передбачені Українською класифікацією товарів зовнішньо-економічної діяльності (коди 9018 11 00 00 – 9021 90 90 00).

Медичний асистанс – структурний підрозділ Страховика, що забезпечує організацію послуг, передбачених умовами Договору.

Надавач послуг (надалі також - НП) – заклад охорони здоров'я, фізична особа - підприємець, яка одержала ліцензію на право провадження господарської діяльності з

медичної практики, а також будь-яка інша юридична особа або фізична особа – підприємець, що на законних підставах надає реабілітаційні, профілактично-оздоровчі чи інші послуги, передбачені Договором.

Невідкладна медична допомога (Невідкладна допомога, швидка допомога, екстрена 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 ненадання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення, в тому числі не сумісні з життям.

Невідкладна стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин) стаціонарному лікуванні.

Нещасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних та ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та/або загибелі (смерті) та спричинила необхідність отримання медичної допомоги у профільного НП не пізніше 72 годин з моменту, як відбулась. До зовнішніх факторів відносяться 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, зброї тощо.

Номер полісу – індивідуальний номер, що присвоюється Страховиком для кожної Застрахованої особи.

Опція програми – це умова/ компонент/ складова Програми, яка деталізує умови страхування: перелік видів медичної допомоги та інших послуг, умови їх надання.

Планове звернення – звернення Застрахованої особи до НП у випадках, що не загрожують її життю.

Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин.

Провідні фахівці – провідні спеціалісти, лікарі-експерти, запрошені спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники та спеціалісти НП, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг лікарів - спеціалістів у преїскуранті даного НП.

Програма – програма страхового продукту, що є додатком і невід'ємною частиною Договору та визначає умови Страхового захисту, а саме: перелік товарів та послуг, що покриваються, Франшизи, Класи НП.

Профілактичні послуги – послуги, що можуть надаватися без призначення лікаря. Профілактичні послуги можуть бути надані в обсягах, що не шкодять стану здоров'я Застрахованої особи.

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

Розрахунковий НП – багатопрофільний НП, який має договірні відносини із Страховиком та за тарифами якого здійснюється розрахунок розміру Страхової виплати Застрахованим особам при самостійній оплаті Застрахованими особами медичної допомоги, медикаментів, послуг та наданні Страховику документів для отримання страхового відшкодування згідно умов Договору, та зазначений у відповідній Програмі.

Складний медичний випадок – це стан здоров'я, що вимагає розширеної діагностики та персоналізованого лікування через атиповий перебіг захворювання, наявність множинних супутніх патологій або високий ризик загрозливих для життя ускладнень. Такий випадок часто супроводжується труднощами у встановленні точного діагнозу, виборі ефективної терапії та потребує мультидисциплінарного підходу.

Споживач - фізична особа, яка звернулася за отриманням або отримує страхову послугу для задоволення особистих потреб, не пов'язаних з підприємницькою або незалежною професійною діяльністю.

Стандартний страховий продукт - страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору та/ або законодавства. Якщо інше не передбачено умовами Договору, Страхові виплати, здійснені за Договором, включають витрати на оплату послуг, а також витрати на організацію та бронювання послуг, якщо такі були прогарантовані та організовані Страховиком.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору та/або законодавства зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку.

Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону. Страхове покриття за конкретним Договором включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі або відповідно до законодавства. Строк дії Страхового випадку обмежується згідно з умовами Договору.

Страховий захист - захист страхових інтересів Застрахованих осіб при страхуванні ризиків, пов'язаних зі здоров'ям Застрахованих осіб, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування.

Страховий платіж (страхова премія) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

Страховий продукт - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений строк Страхового покриття.

Строк страхового покриття - період, протягом якого діє Страхове покриття та під час якого, в разі настання Страхового випадку, Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору або законодавства.

Травма – фізичне ушкодження тканин внаслідок впливу зовнішніх факторів (забій, рана, перелом, вивих, поранення, розрив або втрата органів, розтягнення зв'язок тощо), що є наслідком Нещасного випадку.

Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

Хронічне захворювання поза стадією загострення (в стадії ремісії, тому числі часткової, неповної тощо) – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів) та встановлюється лікарем.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором та/або законодавством.

2. Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору

2.1. Строк дії Договору встановлюється за згодою Сторін і зазначається у Договорі.

2.2. Якщо інше не передбачено Договором, Договір набирає чинності та строк Страхового покриття починає діяти з 00.00 годин за київським часом дати, що зазначена у Договорі як дата початку строку дії Договору.

2.3. Якщо інше не передбачено Договором, Договір та строк Страхового покриття діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини передбачені Договором, не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати Страхового платежу.

2.4. У випадку несплати Страхового платежу (першої або чергової частини Страхового платежу, якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) повністю або частково у термін, що зазначений у Договорі, Сторони під час укладення Договору можуть погодити можливість зміни граничної дати сплати Страхового платежу (відповідної частини Страхового платежу). При цьому строк Страхового покриття за Договором зупиняється з 00 годин за київським часом наступного дня після граничної дати сплати Страхового платежу з урахуванням такого перенесення.

2.5. Якщо Страховий платіж (перша або чергова частина Страхового платежу, якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) сплачено в повному обсязі протягом 10 (десяти) календарних днів після граничної дати сплати Страхового платежу, з урахуванням перенесення цієї дати згідно з п. 2.4 Умов, строк Страхового покриття поновлюється протягом 3 (трьох) робочих днів з дати зарахування Страхового платежу (відповідної частини Страхового платежу) на поточний рахунок Страховика. При цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

2.6. Якщо Страховий платіж (перша або чергова частина Страхового платежу, якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) не сплачено в повному обсязі протягом 10 (десяти) календарних днів після граничної дати сплати Страхового платежу, з урахуванням перенесення цієї дати згідно з п. 2.4 Умов, Договір припиняє свою дію на 11 (одинадцятий) календарний день після граничної дати сплати Страхового платежу. При цьому Страхувальник зобов'язаний відшкодувати Страховику фактичні Страхові виплати, здійснені протягом неоплаченого періоду, включаючи виплати, що були прогарантовані та організовані протягом цього періоду.

2.7. Якщо Страховий платіж (перша або чергова частина Страхового платежу, якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) сплачено в повному обсязі до граничної дати сплати Страхового платежу, з урахуванням перенесення цієї дати згідно з п. 2.4 Умов, строк Страхового покриття за Договором не зупиняється.

2.8. Датою оплати Страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

2.9. Строк дії Договору може бути продовжений за згодою Сторін після погодження Сторонами всіх істотних умов Договору на наступний період страхування шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору.

2.10. Умовами укладеного Договору може бути передбачений інший порядок вступу Договору в дію, інші умови щодо сплати Страхового платежу та наслідки несвоєчасної сплати Страхового платежу.

3. Страхова сума. Франшиза

3.1. Розмір Страхової суми встановлюється за узгодженням між Страхувальником і Страховиком та зазначається за кожною Програмою на одну Застраховану особу. Загальна Страхова сума за Договором та Страхова Сума за кожною Програмою вказується у Договорі.

3.2. В межах Страхової суми можуть встановлюватися Ліміти відповідальності Страховика (надалі – Ліміт), які визначають межу Страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані Застрахованою особою при настанні Страхового випадку. Такі Ліміти зазначаються у відповідних Програмах, які є додатком до Договору.

3.3. Якщо інше не передбачено Договором, загальна страхова сума за Договором, страхова сума за кожною Застрахованою особою та Ліміти є агрегатними, тобто зменшуються після здійснення Страхової виплати за будь-яким ризиком на суму здійсненої Страхової виплати.

3.4. Якщо інше не передбачено Договором, Франшиза зазначається у Програмі для кожного пункту Програми в грошовому еквіваленті або у відсотках. Якщо Франшиза зазначена у відсотках, то її розмір в грошовому еквіваленті визначається шляхом множення відповідного відсотка на розмір збитку.

3.5. При наявності Франшизи у Програмі, Застрахована особа зобов'язана самостійно сплатити НП відповідну частину / відповідний відсоток вартості медичної послуги або

медикаментів.

3.6. Якщо протягом строку дії Договору мали місце кілька Страхових випадків, розмір Франшизи вираховується при розрахунку Страхової виплати за кожним та будь-яким випадком.

4. Територія дії Договору

4.1. Територія дії Договору зазначається у Договорі.

4.2. Якщо інше не передбачено Договором, дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно-правовими актами України, а також на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та у населених пунктах, що розташовані на лінії розмежування та (або) зіткнення.

4.3. Якщо інше не передбачено Договором, Страховий захист на території України (крім зазначеної в п. 4.2 Умов), на якій ведуться воєнні дії та (або) бойові дії будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за страховими випадками визначеними в п. 5.2 Умов, які не мають причинно-наслідкового зв'язку із війною, воєнними, бойовими діями або воєнними конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення з урахуванням винятків із Страхових випадків, передбачених Додатком № 2 до цих Умов.

5. Страхові ризики. Страхові випадки

5.1. Страховими ризиками, якщо інше не передбачено Договором, є:

5.1.1. Гостре захворювання Застрахованої особи;

5.1.2. Загостренням хронічного захворювання Застрахованої особи;

5.1.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався з Застрахованою особою;

5.1.4. інші розлади здоров'я та /або випадки, передбачені Програмою.

5.2. Страховим випадком, якщо інше не передбачено Договором, є звернення Застрахованої особи впродовж строку дії Договору до НП з метою отримання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою у зв'язку з розладом здоров'я, пов'язаним з **Гострим захворюванням, Загостренням хронічного захворювання, Розладом здоров'я внаслідок Нещасного випадку**, іншим розладом здоров'я та /або інші випадки, передбачені Програмою.

5.3. Перелік медичної допомоги та інших послуг, щодо яких надається Страховий захист та звернення за якими вважаються Страховим випадком, визначається Програмою.

5.4. Строк дії Страхового випадку складає 30 (тридцять) календарних днів в період дії Договору з дати першого звернення до НП.

5.5. Страховий випадок вважається таким, що закінчився у кожному з наступних випадків:

5.5.1. закінчення строку дії Страхового випадку;

5.5.2. якщо за медичними показаннями (показниками) зникає необхідність подальшого надання Застрахованій особі медичної допомоги з приводу такого звернення або одужання, ремісії, якщо умовами Договору не передбачені інші обмеження;

5.5.3. якщо дата першого звернення до НП за амбулаторною допомогою була пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до закінчення строку дії Договору, Страховий випадок вважається таким, що закінчився на дату закінчення строку дії Договору;

5.5.4. при стаціонарному лікуванні за Страховим випадком, який був розпочатий пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до закінчення строку дії Договору, Страховик оплачує витрати на лікування за період не довше, ніж 10 (десять) календарних днів після закінчення строку дії Договору.

5.6. У разі, якщо при зверненні до НП Застрахованій особі призначають медикаменти, лікарські засоби, строк прийому яких перевищує строк дії Страхового випадку, Страховик

оплачує лікарські засоби на період строку дії Страхового випадку, але не менше однієї неподільної упаковки/блістера/флакона тощо.

5.7. Послуги, що не передбачені Договором та Програмою, Застрахована особа оплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

5.8. Умовами Договору за домовленістю Сторін може бути передбачений інший перелік страхових ризиків та страхових випадків, а також умови, за яких страховий випадок вважається таким, що закінчився.

6. Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування

6.1. Якщо інше не передбачено Договором, **не визнаються Страховим випадком** та не підлягають відшкодуванню захворювання, стани, травми, синдроми, отримані послуги чи товари, які зазначені у **Переліку винятків** зі Страхових випадків (далі – Перелік винятків) який є Додатком №2 до цих Умов.

6.2. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених в Програмі та у Переліку винятків, пріоритет у застосуванні мають умови Програми.

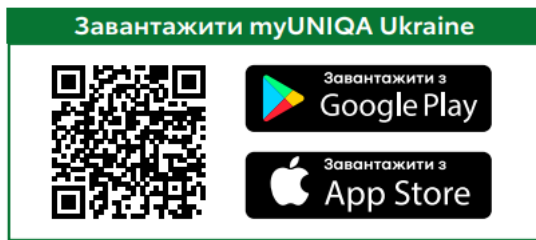
6.3. Не приймаються на страхування (якщо інше не погоджено Страховиком): особи, яким на дату укладення Договору виповнилось 65 років або особи з інвалідністю 1, 2 груп. У разі неповідомлення Страхувальником про наявність групи інвалідності у Застрахованій особі до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

6.4. Якщо інше не передбачено Договором, на страхування можуть бути прийняті родичі Застрахованих осіб, що є працівниками Страхувальника або перебувають в цивільно-правових відносинах зі Страхувальником першого ступеня споріднення (подружжя, яке перебуває у зареєстрованому шлюбі, батько, мати, неповнолітні діти) віком від 0 до 59 років впродовж перших двох місяців дії Договору стосовно відповідної Застрахованої особи за Програмами, клас яких аналогічний або нижчий, ніж у відповідної Застрахованої особи. Нові родичі Застрахованих осіб можуть бути прийняті на страхування протягом двох місяців з дня одруження, народження/всиновлення дитини, якщо інший строк не передбачений Договором. У разі виключення Застрахованої особи, яка є працівником Страхувальника або перебуває в цивільно-правових відносинах зі Страхувальником, з Переліку Застрахованих осіб, її родичі також виключаються з Переліку Застрахованих осіб в обов'язковому порядку, якщо Сторони не погодять інші умови.

7. Порядок дій у разі настання Страхового випадку. Контактні дані для звернення у разі настання Страхового випадку

7.1. При настанні події, що має ознаки Страхового випадку, Застрахована особа **зобов'язана до моменту звернення до НП** звернутись до Медичного асистансу Страховика засобами зв'язку за наступними контактними даними:

- **Загальна лінія Медичного асистансу:**
+38 (096) 170 03 72 (Київстар)
+38 (050) 170 03 72 (Vodafone)
+38 (093) 170 03 72 (Lifecell)
- **Для виклику невідкладної допомоги:**
+38 (067) 464 56 22
- **Telegram, Viber.**
- Мобільний застосунок **myUNIQA Ukraine.**



7.2. У випадку, якщо Застрахована особа за станом здоров'я не може самостійно звернутися до Медичного асистансу Страховика, таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено членами сім'ї ЗО, колегами на роботі, знайомими або іншими особами.

7.3. При зверненні до Медичного асистансу необхідно повідомити таку інформацію:

- прізвище, ім'я та дату народження Застрахованої особи;
- номер полісу;
- причину звернення (отримання медичної допомоги, отримання відшкодування тощо);
- необхідність листка непрацездатності;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію за запитом Страховика

та слідувати інструкціям та рекомендаціям Страховика. Співробітник Медичного асистансу Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію до профільного НП, надає необхідну інформаційну підтримку тощо. Підбір НП відноситься до компетенції співробітника Медичного асистансу Страховика та здійснюється із врахуванням умов Програми, класів НП, зазначених в Програмі, та обставин Страхового випадку по кожній Застрахованій особі. При обслуговуванні застосовується перелік НП, що актуальний на дату укладення Договору (якщо інше не передбачено Договором). Перелік НП з зазначенням дати набуття чинності з зазначенням класів доступний за посиланням <https://uniqua.ua/page/perelik-likuvalno-profilaktychnykh-zakladiv/> та доводиться до відома Страхувальника і Застрахованих осіб.

7.4. Під час візиту до НП Застрахована особа повинна пред'явити документ, що засвідчує особу та має фото (паспорт, посвідчення водія, тощо) або підтвердити наявність реєстрації в мобільному застосунку «myUNIQA Ukraine», пред'явивши НП відповідну сторінку мобільного застосунку, що містить інформацію про ПІБ Застрахованої особи, номер та строк дії її полісу на вимогу НП.

7.5. У разі самостійного Планового звернення Застрахованої особи до НП, що не мають договірних відносин зі Страховиком, та/або самостійної оплати вартості медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких НП, Застрахована особа повинна:

7.5.1. звернутися до Страховика згідно з пунктами 7.1 та 7.2 Умов не раніше 10 (десяти) календарних днів до дати звернення до НП і не пізніше дати та часу звернення до НП та повідомити Страховику дату та причину звернення до НП;

7.5.2. якщо за результатами самостійного Планового звернення Застрахованій особі призначені додаткові обстеження, консультації та/або лікування, повідомити про це Медичний асистанс Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з дати призначення;

7.5.3. подати документи на відшкодування згідно з розділом 8 Умов.

7.6. Застрахована особа має право **самостійно звернутися до НП** без попереднього звернення до Страховика у разі необхідності отримання **швидкої (екстреної) медичної допомоги**, якщо немає можливості діяти відповідно до пункту 7.1 Умов. У цьому випадку Застрахована особа повинна повідомити Медичний асистанс про настання Страхового випадку як тільки це стане можливим, але не пізніше 2 (двох) календарних днів з дати оплати Медичних послуг або лікарських засобів або виписки зі стаціонару. Порушення строків повідомлення допускається лише при наявності обставин непереборної сили

(форс-мажорних обставин), які не залежать від волі Застрахованої особи (непритомний стан, неможливість зв'язку з Медичним асистансом тощо).

7.7. У разі звернення до НП без попереднього повідомлення Страховика відповідно до пунктів 7.1 та 7.4 Умов, крім випадків, що передбачені пунктом 7.5 Умов, Страховик має право відмовити Страхувальнику у Страховій виплаті.

7.8. Остаточний перелік дій Застрахованої особи у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку та строки повідомлення про настання події, що має ознаки Страхового випадку, визначаються умовами Договору.

8. Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування

8.1. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, для отримання Страхової виплати без утримання податку з доходів фізичних осіб та військового збору, вона (або її представник / інша уповноважена особа, для неповнолітніх осіб – батьки Застрахованої особи) повинна надати Страховику такі документи (якщо інше не передбачено Договором):

8.1.1. Незалежно від типу отриманих послуг/придбаних товарів:

- заява на страхову виплату з зазначенням способу отримання коштів. Сторони також погоджуються, що заявою на страхову виплату прирівняно до письмової форми, є заява на страхову виплату або протокол оформлення заяви та подачі документів, сформовані в ІКС Страховика, у разі подачі заяви на страхову виплату та документів, необхідних для отримання страхової виплати, за допомогою цифрових каналів комунікацій згідно з умовами Оферти, розміщеної на вебсайті Страховика;
- копія паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з відміткою про реєстрацію місця проживання, а також 3 - 6 сторінки - при внесених змінах (вклеєне фото по досягненню віку)) або ID картки (з обох сторін) та довідки про реєстрацію місця проживання - паперовий додаток до ID-картки;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або ідентифікаційного індивідуального податкового номера.

8.1.2. В залежності від характеру самостійно сплачених послуг:

8.1.2.1. Амбулаторно-поліклінічні послуги (в т.ч. діагностичні послуги та ін.):

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт, якщо конкретні послуги / товари не зазначені в платіжному документі;
- Виписка з амбулаторної картки хворого або консультативний висновок лікаря або довідка від НП (оригінал або копія, завірені оригінальною круглою печаткою НП);
- Копії результатів обстежень / досліджень (якщо такі проводилися).

8.1.2.2. Стаціонарні послуги (в т.ч. діагностичні послуги та ін.):

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Виписка (епікриз) з історії хвороби (оригінал або копія, завірені оригінальною круглою печаткою НП);
- Акт виконаних робіт, якщо конкретні послуги / товари не зазначені в платіжному документі;
- Копії результатів обстежень / досліджень (якщо такі проводилися).

8.1.2.3. Медикаментозне забезпечення (самостійне придбання медикаментів):

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату із зазначенням медикаментів;

- Виписка з медичної карти або консультативний висновок лікаря або довідка від НП (оригінал або копія, завірені оригінальною круглою печаткою НП) з переліком призначених медикаментів.

8.1.2.4. Стоматологічні послуги:

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт, завірений оригінальною круглою печаткою НП (для фізичної особи-підприємця - у разі наявності).

8.1.2.5. Пологи (отримання коштів за фактом пологів):

- Оригінал або копія довідки з пологового будинку про народження дитини, завірена круглою мокрою печаткою пологового будинку (при відсутності зазначеного документу, нотаріально завірена копія свідоцтва про народження дитини);
- Копія свідоцтва про народження дитини (при відсутності нотаріально завіреної копії).

8.1.2.6. Лікувально-оздоровчі та профілактичні послуги (у тому числі, але не виключно – тренажерні зали, профілактичні та оздоровчі масажі, профілактичні огляди тощо):

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт на оздоровчі (лікувально-оздоровчі) послуги, завірений оригінальною круглою печаткою НП (для фізичної особи-підприємця - у разі наявності);

8.1.2.7. Офтальмологічні послуги (опція «Корекція зору», придбання лінз, окулярів тощо):

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Рецепт з печаткою лікаря з рекомендаціями щодо корекції зору.

8.2. Документи згідно з пунктом 8.1 Умов повинні бути надані Страховику **протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати оплати** медичних послуг або лікарських засобів, крім випадків стаціонарного лікування, коли несвоєчасним вважається подання документів у строк понад 30 (тридцять) днів після виписки зі стаціонару, якщо інше не передбачено Договором. У разі надання документів, що не передбачені пунктом 8.1, але оформлені належним чином (містять обов'язкові реквізити первинного документа відповідно до вимог законодавства України, дозволяють ідентифікувати отримувача послуг, обсяг та вартість фактично наданих медичних послуг тощо) та документально підтверджують фактично здійснені витрати, які передбачені Умовами, - виплата страхового відшкодування на підставі таких документів може бути здійснена Страховиком після утримання податку з доходів фізичних осіб та військового збору відповідно до вимог податкового законодавства України.

8.3. Документи, що подаються Страховику разом із заявою на страхову виплату, повинні бути:

- у формі оригінальних примірників, нотаріально засвідчених копій; або
- оформлені відповідно до чинного законодавства України;
- підписані уповноваженими особами із зазначенням П.І.Б. та посади підписанта.

8.4. У разі зміни до переліку документів, зазначених у пункті 8.1 Умов, у зв'язку із змінами чинного законодавства України, нормативно-правових актів, інструкцій, наказів, розпоряджень МОЗ, вимог до бухгалтерського обліку, Страховик та Страхувальник приймають такі зміни беззастережно та такі зміни не оформлюються шляхом підписання додаткових угод до Договору.

8.5. Усі документи, передбачені в пункті 8.1 Умов, повинні бути направлені Страховику в строк, передбачений в пункті 8.2 цих Умов.

8.6. У разі потреби Страховик має право вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, або особи, яка має право на отримання Страхової виплати, надання інших документів або відомостей на запит Страховика, що необхідні для встановлення факту, причин, обставин та наслідків Страхового випадку і здійснення Страхової виплати, в тому числі документів, надання яких передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика зазначені особи, зобов'язані протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення Страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

8.7. Документи, передбачені розділом 8 Умов, якщо інше не передбачено Договором, подаються Страховику в письмовій формі одним із способів:

- шляхом направлення поштою (рекомендованим листом);
- особисто за адресою місцезнаходження Страховика;
- в електронному вигляді за допомогою цифрових каналів комунікацій згідно з умовами Оферти, розміщеної на вебсайті <https://uniga.ua/oferta/>.

8.8. Умовами Договору може бути передбачений інший перелік документів для отримання Страхового відшкодування.

9. Порядок організації медичної допомоги. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат

9.1. Організація надання медичної допомоги Застрахованій особі проводиться Медичним асиансом Страховика 24 години на добу.

9.1.1. Медична допомога **в умовах поліклініки** організовується у робочі дні НП, у день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи НП або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

9.1.2. **Планова госпіталізація** організовується протягом 1-3 діб з моменту направлення Застрахованої особи на стаціонарне лікування лікарем та здійснюється згідно з графіком роботи НП.

9.1.3. **Виклик лікаря додому (в офіс)** здійснюється при можливості організувати дану послугу НП для пацієнтів, що за станом здоров'я не в змозі самостійно відвідати лікаря, здійснюється в першій половині дня, до 14.00. У випадку звернення після 14.00 – лікар відвідує Застраховану особу на наступний день, якщо неможливо організувати виклик в день звернення.

9.1.4. **Організація медикаментозного забезпечення** здійснюється якомога швидше, але не довше ніж протягом 12 годин з моменту звернення згідно з графіком та умовами роботи аптек та наявності такої можливості в регіоні, якщо інше не погоджено з Застрахованою особою.

9.1.5. Організація послуг **невідкладної медичної допомоги** здійснюється в максимально швидкий термін, з урахуванням можливостей НП, який може надавати таку допомогу.

9.2. Медична допомога Застрахованій особі надається НП, передбаченому Програмою.

9.3. У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, лікування яких неможливо організувати у НП, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб тощо), Страховик сприяє у направленні Застрахованої особи до спеціалізованих НП.

9.4. Одержувачами Страхової виплати (Вигодонабувачами) за Договором можуть бути (якщо інше не передбачено Договором):

9.4.1. НП, що надавав передбачену Договором медичну допомогу Застрахованій особі при організації звернення Медичним асиансом;

9.4.2. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до

встановленого чинним законодавством порядку. Якщо Застрахована особа набула статус недієздатної в період дії даного Договору, одержувачем Страхової виплати є її законні представники;

9.4.3. Інші особи згідно з чинним законодавством України.

9.5. У разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, Страховик зобов'язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

9.6. Розмір Страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості попередньо погоджених та гарантованих Страховиком медичної допомоги, медикаментів, послуг, наданих Застрахованій особі при настанні Страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому разі не більше Страхової суми (Ліміту), зазначеної в Програмі.

9.7. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою НП, з яким у Страховика відсутні договірні відносини на момент отримання цих послуг, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється згідно з умовами Програми в межах тарифів розрахункового НП, зазначеного у Програмі, та у розмірі, що не перевищує вартість рівнозначної послуги відповідно до прейскуранту цін Розрахункового НП (якщо інше не погоджено Договором) та в будь-якому випадку не перевищує розміру фактичних витрат.

9.7.1. Розрахунок розміру Страхової виплати здійснюється за тарифами, зафіксованими Страховиком у прейскуранті цін Розрахункового НПЗ, що діяв на дату надання послуги Застрахованій особі.

9.7.1.1. Розрахунковим НП по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги) для Класу НП "3" є КНП "Олександрівська клінічна лікарня м. Києва".

9.7.1.2. Розрахунковим НП по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги) для Класу НП "2" є ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс".

9.7.1.3. Розрахунковим НП по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги) для Класу НП "1" є ТОВ "Медичний центр "Добробут".

9.7.2. Страхове відшкодування по опціям, що обмежені індивідуальним та/або корпоративним лімітом здійснюється 100 (сто) % в межах цих лімітів.

9.7.3. Якщо у акті виконаних робіт НП є послуги, які відсутні у прейскуранті цін Розрахункового НП, Страховик оплачує 50 (п'ятдесят) % від розміру фактичних витрат.

9.8. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою НП, що має договірні відносини із Страховиком, розмір Страхової виплати розраховується відповідно до відсотку покриття такого НП згідно з умовами Програми.

9.9. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні Страхового випадку, визначається на підставі рахунків НП або інших розрахункових документів (фіскальні (касові) чеки, квитанції банку про оплату тощо) згідно з пунктом 8.1.2 Умов.

9.10. Страхова сума (Ліміт страхової суми), зазначена в Договорі та Програмі, після здійснення Страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

9.11. Загальна сума Страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками, що мали місце впродовж строку Страхового покриття, не може перевищувати Страхової суми (Ліміту страхової суми), встановленої Договором та Програмою стосовно Застрахованої особи.

9.12. Організація послуг з Корпоративного ліміту (якщо такий Ліміт передбачено Програмою) здійснюється за письмовим погодженням (в тому числі електронною поштою Сторін, зазначеною в Договорі) з відповідальною особою Страхувальника в розмірі, погодженому Сторонами, але не більше залишку Корпоративного ліміту на дату такого погодження, якщо інше не передбачене умовами Договору.

9.13. Рішення про здійснення Страхової виплати, продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком **протягом 10 (десяти) робочих днів** з моменту отримання документів, зазначених у пункті 8.1 Умов,

якщо інше не передбачене умовами Договору. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати Страховик, в цей строк складає Страховий акт на підставі отриманих документів.

9.14. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику) здійснюється Страховиком упродовж **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття рішення про здійснення Страхової виплати шляхом, зазначеним у Заяві на страхову виплату, якщо інше не передбачене умовами Договору.

9.15. Якщо неможливо визначити обставини, причини Страхового випадку і розмір Страхової виплати на підставі отриманих документів, Страховик подовжує строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин Страхового випадку і розміру Страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 30 (тридцять) робочих днів з дня отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхової виплати.

9.16. У разі продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні Страхової виплати, Страховик інформує Застраховану особу письмово з обґрунтуванням причин продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні Страхової виплати **протягом 5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття відповідного рішення, якщо інше не передбачено Договором.

9.17. Страхова виплата, що здійснюється шляхом оплати вартості медичної послуги НП, здійснюється на рахунок НП у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеним НП.

9.18. Днем здійснення Страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення Страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.

9.19. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

9.20. Сторони можуть погодити в Договорі інший порядок розрахунку, умови та строки здійснення Страхових виплат.

10. Підстави відмови у Страховій виплаті

10.1. Підставою для відмови Страховика у виплаті Страхового відшкодування є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

10.1.2. вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до Страхового випадку;

10.1.3. подання Страхувальником або Застрахованою особою неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання Страхового випадку;

10.1.4. порушення Страхувальником або Застрахованою особою зобов'язання протягом строку дії Договору письмово повідомляти Страховика в строк, передбачений Договором, про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором;

10.1.5. одержання Страхувальником або Застрахованою особою 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;

10.1.6. несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою (відповідно до розділу 7 Умов) про настання Страхового випадку без поважних причин; несвоєчасне надання документів на Страхову виплату (понад 30 (тридцять) календарних днів з дати оплати послуг) крім випадків стаціонарного лікування, коли несвоєчасним вважається подання документів у строк понад 30 (тридцять) днів після виписки зі

стаціонару, або невиконання інших обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання Страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

10.1.7. порушення Застрахованою особою порядку обслуговування, встановленого Договором (окрім невідкладних станів), недотримання рекомендацій лікаря, порушення режиму лікування, норм та правил поведінки НП;

10.1.8. отримання допомоги та послуг, лікарських засобів, методів та засобів лікування, які не мають письмових рекомендацій встановленого зразку від лікаря НП, оформлених належним чином, та не є затвердженими дійсними нормативними документами МОЗ України;

10.1.9. отримання допомоги та послуг від НП, які передбачені Договором та Програмою, без повідомлення про це Страховика в порядку, передбаченому Умовами;

10.1.10. здійснення виплати щодо витрат на медичні послуги та товари медичного призначення без підтвердження їхньої сплати належним чином оформленим розрахунковим документом;

10.1.11. надання послуг Застрахованій особі особою, яка не має права на надання таких послуг;

10.1.12. отримання особою послуг з повідомленням номера полісу іншої особи;

10.1.13. навмисне надання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану її здоров'я з метою отримання медичної допомоги та послуг, на підставі яких Страховиком була організована медична допомога, необхідність надання якої не підтвердилась лікарем НП;

10.1.14. навмисне надання Застрахованою особою неправдивих даних (скарг чи симптомів) з метою отримання допомоги та послуг, які передбачені Договором та/або Програмою або з метою отримання допомоги та послуг для незастрахованої особи з використанням власних персональних даних;

10.1.15. необґрунтований виклик лікаря (додому або в офіс) або невідкладної медичної допомоги. Необґрунтованим викликом вважається: виклик, здійснений Застрахованою особою для медичного обслуговування незастрахованої особи, виклик, здійснений не в медичних цілях, виклик з метою одержання планових медичних маніпуляцій, виклик, при якому Застрахована особа відсутня за повідомленою при виклику бригади швидкої медичної допомоги або лікаря адресою;

10.1.16. наявність обставин, які є винятками із Страхових випадків (Додаток №4 до Договору) та обмеженнями страхування, передбаченими цими Умовами;

10.1.17. власноручної відмови від отримання відшкодування;

10.1.18. інші випадки, передбачені законодавством та/або Договором.

10.2. Договором можуть бути передбачені інші підстави для відмови Страховика у виплаті Страхового відшкодування.

10.3. Рішення про відмову у виплаті Страхового відшкодування надсилається Страхувальнику з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів із дати його прийняття, якщо інше не передбачено Договором.

10.4. У разі виявлення після виплати Страхового відшкодування обставин, вказаних в п. 10.1 Умов, Страховик має право вимагати від Страхувальника повернення раніше виплачених сум, а Страхувальник, на вимогу Страховика, зобов'язаний їх повернути в 30-ти денний строк, якщо інший строк не передбачений Договором.

10.5. Якщо підвищення ступеня страхового ризику, про яке Страховик не був повідомлений Страхувальником відповідно до п. 13.3.2 Умов, призведе до настання Страхового випадку або збільшення розміру збитку, Страховик має право відмовити у виплаті Страхового відшкодування по такому Страховому випадку або відповідно зменшити розмір Страхового відшкодування.

11. Порядок укладання Договору

11.1. Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні в усній формі чи шляхом листування у довільній формі до укладення Договору.

11.2. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо Страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

11.3. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний проінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику згідно з п. 13.3.2 Умов.

11.4. При укладенні Договору Страховик має право провести оцінку ступеня страхового ризику та визначити індивідуальні умови страхування за результатами оцінки ступеня ризику, включаючи наявну у Страховика історію страхування, в тому числі вимагати від особи, яка підлягає страхуванню, родича Застрахованої особи заповнення Декларації про стан здоров'я, якщо страхуванню підлягає особа з інвалідністю або особа старше 64 років (у випадку страхування родича Застрахованої особи відповідно до пункту 6.4 Умов – особа старше 59 років);

11.5. Після досягнення згоди з усіх істотних умов Договору, Сторони укладають Договір.

11.6. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг».

11.7. У разі оформлення Договору у вигляді електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», та який разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) підписується кваліфікованими електронними підписами (надалі – КЕП) Сторін/уповноважених представників Сторін із кваліфікованою електронною позначкою часу, такий Договір укладається через сервіс електронного документообігу, погоджений Сторонами. Сторони можуть погодити будь-яку послідовність накладення електронних підписів на Договір. Кваліфікована позначка часу, яка міститься в КЕП, що накладений на Договір останнім, свідчить про дату та час укладення електронного Договору. Договір з Умовами та додатками до нього (за наявності) надсилається Страхувальнику на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, або розміщується в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

11.8. У разі оформлення Договору у формі електронного документа, створеного в порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію, Договір укладається шляхом пропозиції його укласти (індивідуальної оферти) однією стороною (Страховиком) та її прийняття (акцепту) другою стороною (Страхувальником) через ІКС Страховика або страхового посередника в такі етапи:

11.8.1. Для укладення Договору потенційний Страхувальник (тут і далі в цьому розділі під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника, якщо Договір укладається Страхувальником-юридичною особою) ідентифікується в ІКС Страховика або страхового посередника та надає необхідну інформацію для оформлення пропозиції;

11.8.2. Страховик на підставі отриманої через ІКС інформації від Страхувальника формує пропозицію. Пропозиція отримується Страхувальником у вигляді проекту Договору разом з Умовами у формі, що унеможлиблює зміну її змісту. Зміна умов пропозиції можлива за запитом Страхувальника до прийняття пропозиції та здійснюється виключно шляхом направлення Страховиком нової пропозиції. Попередня пропозиція втрачає чинність;

11.8.3. Пропозиція направляється Страхувальнику через ІКС та залишається чинною протягом 7 (семи) календарних днів з дати її направлення Страхувальнику;

11.8.4. У разі прийняття пропозиції Страхувальником Страховик вважає себе зобов'язаним надати послуги із страхування відповідно до погоджених Страхувальником умов;

11.8.5. Якщо Страхувальник погоджується з пропозицією, він підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику;

11.8.6. Уповноважена особа Страховика або страхового посередника, який діє від імені Страховика, підписує Договір разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) КЕП із кваліфікованою позначкою часу, яка свідчить про дату та час укладення Договору;

11.8.7. Страховик або страховий посередник надсилає Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору разом з Умовами та додатки до нього (за наявності) у формі, що унеможлиблює зміну його змісту, на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, або розміщує в ІКС;

11.8.8. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

11.9. У разі оформлення Договору у вигляді електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», та який разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) підписується простим електронним підписом (крім електронного підпису одноразовим ідентифікатором) зі сторони Страхувальника та КЕП уповноваженого представника Страховика або страхового посередника із кваліфікованою електронною позначкою часу, такий Договір укладається через сервіси електронного документообігу, погоджені Сторонами. При цьому використання Страхувальником простого електронного підпису регулюється договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страхувальником та Страховиком з дотриманням вимог Національного банку України. У разі використання Страхувальником простого електронного підпису, першим Договір підписує Страхувальник. Кваліфікована позначка часу, яка міститься в КЕП уповноваженого представника Страховика або страхового посередника, що накладений на Договір останнім, свідчить про дату та час укладення електронного Договору. Договір з Умовами та додатками до нього (за наявності) надсилається Страхувальнику на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника, або розміщується в Кабінеті клієнта my.UNIQA.ua. На письмову вимогу Страхувальника Страховик або страховий посередник надає Страхувальнику засвідчену паперову копію електронного Договору разом з Умовами та додатками до нього (за наявності) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання запиту.

12. Порядок внесення змін, дострокового припинення, розірвання Договору їх правові наслідки. Порядок відмови від Договору

12.1. Якщо інше не передбачено Договором, зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в паперовій або електронній формі шляхом укладення додаткової угоди, яка є невід'ємною частиною Договору, або шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного договору страхування. Пропозиція Страховика щодо зміни умов Договору здійснюється шляхом направлення Страхувальнику повідомлення у паперовій або електронній формі у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов, не пізніше, ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати внесення змін, якщо інше не передбачене Договором.

12.2. Упродовж строку дії Договору Страхувальник може вносити зміни в Перелік Застрахованих осіб, повідомивши про це Страховика не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати внесення таких змін (якщо інший строк не погоджений Сторонами) у порядку, передбаченому Договором, зокрема:

12.2.1. припинити дію Договору по відношенню до будь-якої Застрахованої особи та/або поширити дію Договору на іншу особу. При цьому:

а) якщо інше не передбачене умовами Договору, для особи, що включається до Переліку Застрахованих осіб, Страховий платіж та всі індивідуальні грошові ліміти за опціями Програми перераховуються пропорційно кількості днів, що залишились до закінчення дії Договору за формулою:

З=Р/СД*ДЗ, де:

З – Страховий платіж/ліміт на період, що залишився до закінчення дії Договору;

Р – Страховий платіж/ліміт на весь строк дії Договору;

СД – Загальний строк дії Договору в днях;

ДЗ - Кількість днів, що залишились до закінчення дії Договору в днях;

б) якщо інше не передбачене умовами Договору, для особи, що виключається з Переліку Застрахованих осіб відповідно до пункту 12.7 Умов, розраховується частка Страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику;

в) Страхувальник сплачує Страховику Страховий платіж за додаткову кількість Застрахованих осіб, про що Сторони складають Додаткову угоду відповідно до пункту 12.1 Умов. При цьому сума Страхового платежу може бути зменшена на суму, що підлягає поверненню Страховиком Страхувальнику у зв'язку з виключенням Застрахованих осіб;

г) дата закінчення періоду страхування стосовно будь-якої Застрахованої особи не може бути пізніше, ніж дата закінчення дії Договору;

д) якщо інше не передбачене умовами Договору, у випадку, якщо Застрахована особа заперечує проти укладення Договору на її користь в порядку, передбаченому п. 13.6.2. Умов, Страховик повертає Страхувальнику сплачений Страховий платіж за таку особу в повному розмірі протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заперечень від Застрахованої особи проти укладення Договору на її користь та заяви від Страхувальника про повернення Страхового платежу за таку особу згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови що з дня включення Застрахованої особи до Переліку Застрахованих осіб і до дня отримання Страховиком заперечень не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку щодо цієї Застрахованої особи. Сторони можуть домовитися, що сума Страхового платежу, яка буде сплачуватися за нових осіб, що включаються до Переліку Застрахованих осіб, може бути зменшена на суму, що підлягає поверненню Страховиком Страхувальнику у зв'язку з виключенням із Переліку Застрахованих осіб Застрахованої особи, що заперечує проти укладення Договору на її користь;

є) заміна Застрахованої особи на іншу особу Договором не передбачена.

12.2.2. Якщо до закінчення строку дії Договору залишається менше 30 (тридцяти) календарних днів, включення нових осіб до Переліку Застрахованих осіб не здійснюється, а родичі Застрахованих осіб віком від 0 до 1 року можуть бути прийняті на страхування не пізніше ніж за 6 (шість) місяців до дати закінчення дії Договору в разі наявності опції Патронаж та Планова вакцинація в Програмі (якщо інше не передбачене умовами Договору).

12.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі, якщо інше не передбачено Договором:

12.3.1. закінчення строку дії Договору;

12.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником / Вигодонабувачем у повному обсязі;

12.3.3. несплати Страхового платежу або відповідної частини Страхового платежу (якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) в порядку, передбаченому розділом 2 Умов;

12.3.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи, ліквідації (закриття) Страхувальника - фізичної особи-підприємця, смерті Страхувальника – фізичної особи, чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 100, 101 Закону України «Про страхування»;

12.3.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;

12.3.6. набранням законної сили рішення суду про визнання Договору недійсним;

12.3.7. подання письмової заяви Страховиком чи Страхувальником іншій Стороні про дострокове припинення Договору. Дія Договору може бути припинена Страховиком достроково і в тому випадку, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору;

12.3.8. в інших випадках, передбачених законодавством України та/або Договором.

12.4. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу **не пізніше як за 30 днів** до дати припинення дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

12.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачені Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі, передбаченому Договором, але не більше максимальної частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договорів страхування за цим страховим продуктом, у розмірі 45% від Страхового платежу, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором, включаючи виплати за послуги, що були прогарантовані та організовані протягом поточного року дії Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним протягом поточного року дії Договору Страхову премію повністю. Страхові платежі за минулі роки дії Договору не повертаються.

12.6. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом поточного року дії Договору Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі, передбаченому Договором, але не більше максимальної частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договорів страхування за цим страховим продуктом, у розмірі 45% від Страхового платежу, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором, включаючи виплати за послуги, що були прогарантовані та організовані протягом поточного року дії Договору. Страхові платежі на минулі роки дії Договору не повертаються.

12.7. У випадках, коли повернення Страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, відповідно до п.12.5 та п. 12.6 Умов, сума Страхового платежу до повернення розраховується за формулою:

СПП = СПС – СПФ – ВУВ – ФВВ, при цьому:

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником протягом поточного року дії Договору, в грн

СПФ = Страховий платіж за фактичний строк дії Договору = ПЗ/365* × ДФ, в грн, де

ПЗ = Загальний річний* страховий платіж за Договором, в грн;

ДФ = Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним протягом поточного року дії Договору, днів;

ВУВ= Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору = СПЗ × НВУВ, де

СПЗ = Страхова премія за період, що залишився до закінчення дії Договору = ПЗ/365* × ДЗ, в грн.;

ДЗ = Кількість днів, що залишились до закінчення дії Договору, днів;

НВУВ – норматив витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі, передбаченому Договором, але не більше максимальної частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договорів страхування за цим страховим продуктом, у розмірі 45%;

ФВВ = Фактичні Страхові виплати, здійснені за Договором, включаючи виплати за послуги (у т. ч. витрати на організацію та бронювання таких послуг, якщо інше не передбачене умовами Договором), що були прогарантовані та організовані протягом поточного року дії Договору, в грн.

* якщо рік є високосним, то використовується значення 366 днів.

12.8. Якщо інше не передбачене умовами Договору, повернення сплаченого Страхового платежу або його частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення Договору згідно з реквізитами для повернення сплаченого Страхового платежу або його частини, наданих Страхувальником.

12.9. У випадку відсутності реквізитів для повернення сплаченого Страхового платежу або його частини, повернення Страхового платежу або його частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання зазначених реквізитів.

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

12.11. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

12.11.1. Договорів, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

12.11.2. випадків, якщо за цим Договором повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового випадку.

12.12. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

12.13. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заяви від Страхувальника про відмову від Договору повернути Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві, за умови що протягом періоду дії Договору не відбулася подія, що має ознаки Страхового випадку.

12.14. Умовами Договору може бути передбачений інший порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, їх правові наслідки, та/або інший порядок відмови від Договору, які не суперечать законодавству.

13. Права та обов'язки сторін

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування;

13.1.2. при настанні Страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі кваліфікованої медичної допомоги згідно з умовами Договору та/або здійснити виплату Страхового відшкодування у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати Страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається в п. 14.3 цих Умов;

13.1.3. за заявою Страхувальника в разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести зміни в Договір шляхом укладення додаткової угоди до нього або шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного договору страхування;

13.1.4. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.1.5. у разі зміни реквізитів для оплати Страхової премії повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни за контактними даними Страхувальника, які зазначені у п. 2 Договору, за умови що Договір передбачає сплату Страхової премії періодичними платежами, якщо інше не передбачено Договором;

13.1.6. у разі зміни відомостей, зазначених в Договорі, про страхового посередника, за участю якого був укладений Договір (за наявності), після укладення та протягом строку дії Договору, Страховик протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання інформації про такі зміни здійснює актуалізацію зазначених відомостей в Договорі одним із таких способів на власний вибір:

- шляхом направлення Страхувальнику додаткової угоди до Договору, або
- шляхом направлення Страхувальнику повідомлення за контактними даними, зазначеними у п. 2 Договору, без необхідності подальшого укладення додаткової угоди до Договору;

13.1.7. відмовитися від встановлення / продовження ділових відносин у випадках, передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

13.2. Страховик має право:

13.2.1. при укладанні та під час дії Договору вимагати від Страхувальника всі необхідні відомості та документи для оцінки ступеня страхового ризику;

13.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладенні Договору та під час його дії;

13.2.3. запропонувати Страхувальнику / Застрахованій особі / Вигодонабувачу подати заяву на виплату Страхового відшкодування та документи, необхідні для

отримання Страхового відшкодування, за допомогою цифрових каналів комунікацій згідно з умовами Оферти, розміщеної на вебсайті Страховика;

13.2.4. отримувати від Страхувальника / Застрахованої особи будь-які додаткові відомості щодо Об'єкту страхування;

13.2.5. самостійно з'ясувати причини, обставини Страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, направляти запити до компетентних органів з метою отримання відповідних висновків, здійснювати за власний рахунок незалежну експертизу Страхового випадку;

13.2.6. відкласти рішення щодо виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування у випадках, передбачених цими Умовами та/або Договором;

13.2.7. вимагати від Страхувальника відшкодувати Страховику фактичні Страхові виплати, здійснені протягом неоплаченого періоду, включаючи виплати, що були прогарантовані та організовані протягом цього періоду, у разі якщо протягом неоплаченого періоду Застрахованій особі надавався Страховий захист, якщо інше не передбачено Договором;

13.2.8. достроково припинити дію Договору згідно з цими Умовами;

13.2.9. вносити зміни в умови Договору в порядку, передбаченому цими Умовами.

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

13.3.1. сплачувати Страховий платіж (включаючи банківську комісію за переказ коштів) у порядку та строки, встановлені Договором;

13.3.2. перед укладанням Договору повідомити Страховику інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, включаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін (якщо інший строк не передбачений Договором) письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки страхового ризику, якщо інше не передбачено Договором, відносяться відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи; при страхуванні колективу (групи осіб) - про захворюваність працівників, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, про наявність недієздатних або обмежено дієздатних осіб, що підлягають страхуванню, а також наявність страхового інтересу у Страхувальника щодо Об'єкту страхування, та інформація про чинні договори страхування, укладені щодо здоров'я Застрахованої особи;

13.3.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та строки, визначені цими Умовами;

13.3.4. вживати заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

13.3.5. протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня прийняття Застрахованої особи на страхування повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь Договір та ознайомити її з умовами страхування, якщо інше не передбачено Договором, і якщо Застрахована особа протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня прийняття її на страхування не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору, Договір вважається укладеним на її користь;

13.3.6. забезпечувати представникам Страховика можливість безперешкодного з'ясування причин виникнення Страхового випадку;

13.3.7. при страхуванні родичів надати документи, що підтверджують родинний зв'язок, на вимогу Страховика.

13.3.8. негайно, але не пізніше 5 (п'яти) робочих днів з дня настання відповідних змін, на виконання вимог законодавства України у сфері фінансового моніторингу повідомити Страховика про суттєві зміни в інформації та/або документах, наданих Страховику,

зокрема (у разі застосовності):

- зміну адреси місцезнаходження/місця проживання;
- зміну паспортних даних або інших ідентифікаційних документів;
- зміну контактних даних;
- зміну керівника;
- зміну кінцевого бенефіціарного власника (КБВ);
- зміну структури власності;
- зміну основного виду економічної діяльності (КВЕД);
- інші зміни, що можуть вплинути на виконання Страховиком вимог законодавства у сфері фінансового моніторингу.

Повідомлення надсилається у письмовій (електронній) формі у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов, з додаванням копій підтверджуючих документів (витяг з ЄДР, рішення уповноваженого органу тощо).

13.4. Страхувальник має право:

13.4.1. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування;

13.4.2. ініціювати внесення змін у Договір в тому числі в Перелік Застрахованих осіб згідно з цими Умовами;

13.4.3. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цими Умовами;

13.4.4. вимагати від Страховика дотримання конфіденційності інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.4.5. у випадку втрати Договору в період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату, якщо Договір було укладено в паперовій формі. У випадку втрати Договору, укладеного у вигляді електронного документу, за письмовою заявою Страхувальника Страховик направляє Страхувальнику електронний примірник підписаного Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання заяви, якщо інше не передбачено Договором;

13.4.6. відмовитися від Договору без пояснення причин протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, крім випадків зазначених в п. 12.11 Умов. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

13.5. Застрахована особа зобов'язана:

13.5.1. повідомити Медичний асистанс Страховика про настання Страхового випадку (у тому числі про намір самостійно оплатити послуги та товари) перед отриманням таких послуг та/або перед придбанням товарів та діяти відповідно до розділу 7 Умов;

13.5.2. виконувати всі рекомендації Страховика (у тому числі щодо НП, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватись існуючого розпорядку НП, а також дотримуватись усіх нормативно-правових актів, діючих в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат по цьому Страховому випадку та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за таких обставин;

13.5.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин і причин Страхового випадку і вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги, медикаментів, послуг, передбачених Програмою;

13.5.4. до прийняття на страхування повідомити Страховика інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про включення Застрахованої особи до Переліку Застрахованих осіб, та/або про розмір Страхової премії за Договором, включаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором;

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про включення Застрахованої особи до Переліку Застрахованих осіб, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки страхового ризику, якщо інше не передбачено Договором, відносяться відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, інформація про чинні договори страхування, укладені щодо здоров'я Застрахованої особи;

13.5.5. надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

13.5.6. виконувати умови Договору;

13.5.7. на вимогу Страховика в разі необґрунтованого виклику лікаря або швидкої медичної допомоги, як зазначено в пункті 10.1.15 Умов, сплатити вартість такого виклику лікаря або швидкої медичної допомоги безпосередньо НП, який надавав послуги по такому виклику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня виклику;

13.5.8. повернути Страховику отриману Страхову виплату (або її відповідну частину), якщо після здійснення Страховиком цієї виплати стануть відомі такі обставини, що відповідно до чинного законодавства України, Програми або цього Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати Страхову виплату.

13.6. Застрахована особа має право:

13.6.1. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування;

13.6.2. протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня включення Застрахованої особи до Переліку Застрахованих осіб та за умови відсутності повідомлень про настання події, що має ознаки Страхового випадку, щодо Застрахованої особи, повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору на її користь, шляхом надсилання листа на адресу місцезнаходження Страховика або на електронну пошту office@uniga.ua, якщо інше не передбачено Договором;

13.6.3. на підставі письмового звернення до Страховика одержати інформацію про вартість рівнозначних послуг по преїскуранту цін Розрахункового НП (визначеного п. 9.7.1 Умов) у випадку, якщо розрахунок розміру Страхової виплати здійснюється Страховиком відповідно до п. 9.7 Умов;

13.6.4. при настанні Страхового випадку вимагати організації кваліфікованої медичної допомоги згідно з умовами Договору;

13.6.5. у разі настання Страхового випадку одержати від Страховика страхове відшкодування згідно з цими Умовами та положеннями Договору;

13.6.6. повідомляти Страховику про випадки ненадання медичної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги;

13.6.7. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування або розмір страхового відшкодування, виплаченого Страховиком.

13.7. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору.

13.8. Сторони також мають інші права та обов'язки, передбачені законодавством України або Договором.

13.9. Кожна Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (у тому числі зміну номеру мобільного зв'язку, електронної адреси Страхувальника), якщо інше не передбачено Договором.

14. Порядок вирішення спорів. Відповідальність сторін

14.1. Спори, що виникають між Сторонами у зв'язку з Договором, вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди розглядаються у порядку, встановленому чинним законодавством України.

14.2. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

14.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування шляхом сплати пені в розмірі 0,01% від суми страхового відшкодування за

кожний день прострочення, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня, якщо інше не передбачено Договором.

14.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором, якщо таке невиконання чи неналежне виконання було прямим наслідком обставин непереборної сили, що виникли або вступили в силу після укладення Договору. Під обставинами непереборної сили маються на увазі надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені або відвернені Сторонами доступними їм засобами, у тому числі, але не виключно: стихійні лиха (урагани, смерчі, повені, землетруси тощо); політичні хвилювання, бунти, воєнні та інші обставини, що можуть вплинути на виконання умов Договору. Сторона, яка зазнала дії обставин непереборної сили, повинна письмово сповістити іншу Сторону про настання цих обставин не пізніше 10 (десяти) діб з часу їхнього виникнення, якщо інший строк не передбачений Договором. Повідомлення повинне містити дані про настання та характер обставин, а також їхні можливі наслідки. Належним доказом існування обставин непереборної сили є відповідні документи, видані компетентними органами.

14.5. У випадку необґрунтованої відмови НП у наданні Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої умовами Договору, або надання медичної допомоги у неповному обсязі чи неналежної якості, Страховик на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) вживає заходів щодо залучення іншого НП для надання Застрахованій особі медичної допомоги у повному обсязі та належної якості відповідно до умов Договору.

15. Додаткові умови

15.1. Якщо інше не передбачено Договором, усі повідомлення за Договором будуть вважатися здійсненими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим або цінним листом з описом вкладення, вручені особисто, відправлені кур'єром на адреси Сторін, Застрахованих осіб, які зазначені у реквізитах Сторін, або направлені з використанням ІКС, Кабінету клієнта my.UNIQA.ua, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін, Застрахованих осіб, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника, Застрахованих осіб (в т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

Датою повідомлення (датою отримання листа, повідомлення) в залежності від способу направлення буде вважатися дата його особистого вручення; дата відправлення засобами електронного/мобільного зв'язку, в тому числі через ІКС, Кабінет клієнта my.UNIQA.ua, мобільний застосунок Страховика; а при відправці поштовим зв'язком - дата отримання листа на вказану в реквізитах Сторін та Застрахованої особи адресу одержувача. Якщо лист або повідомлення не було отримано у зв'язку з ухиленням Сторони від його отримання за реквізитами, зазначеними в Договорі, або в разі зміни реквізитів, про що Сторона не повідомила іншу протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту настання таких змін (якщо інший строк не погоджений Сторонами), то датою повідомлення вважається дата надсилання листа або повідомлення іншій Стороні.

15.2. Якщо інше не передбачено Договором, у разі зниження офіційного курсу гривні, встановленого Національним банком України (НБУ) на дату підписання Договору, по відношенню до іноземної валюти, передбаченої Договором (долару США або євро, надалі - "долар США/євро") на 20% і більше, Сторони зобов'язані протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня отримання Страхувальником офіційного звернення Страховика, переглянути умови Договору та/або розрахувати розмір доплати до Страхового платежу (надалі - СП) на кожну Застраховану особу та оформити такі зміни додатковою угодою до Договору. При цьому, якщо інший порядок не передбачений Договором, розмір доплати до СП розраховується за формулою:

$S = (A1 / A0) \times S0 - S0$, де:

S - доплата до СП за Договором за кожну Застраховану особу на дату здійснення перерахунку;

A1 – вартість валюти (долара США/євро) в гривнях за курсом НБУ на дату здійснення перерахунку;

A0 - вартість валюти (долара США/євро) в гривнях по курсу НБУ на дату укладення

Договору;

S0 - страхові платежі за період, що залишився до кінця дії Договору за кожну Застраховану особу від дати здійснення перерахунку.

$S0 = СП - (СП * КДФ/КДЗ)$, де

КДФ – кількість днів фактичної дії Договору кожної Застрахованої особи;

КДЗ – загальна кількість днів дії Договору кожної Застрахованої особи.

Курс долара США/євро встановлюється згідно з офіційним курсом, встановленим НБУ (<https://bank.gov.ua/ua/markets/exchangerates>) на дату підписання Договору та зазначається в Договорі. За згодою Сторін розмір Страхового платежу може залишатися незмінним, але при цьому Страховик обмежує Страховий захист за Договором, шляхом розширення Переліку винятків, скорочення переліку НП, лікарських засобів та медичних виробів тощо, виключенням із Програм масажів/фізіотерапії, введенням франшизи на лікарські засоби та медичні вироби та/або шляхом внесення інших змін в умови Договору.

Досягнуті домовленості набувають чинності з дати, вказаної у відповідній додатковій угоді до цього Договору, в якій фіксується курс долару США/євро, встановлений НБУ на дату укладення такої Додаткової угоди. Якщо інше не передбачено Договором, першого числа кожного наступного кварталу, Страховик перевіряє зміни офіційного курсу, та в разі його відхилення на 20% і більше відносно курсу, зафіксованого у додатковій угоді, Сторони зобов'язані протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дати отримання Страхувальником офіційного звернення Страховика, переглянути умови Договору та/або розмір страхового платежу, який розраховується за формулою, зазначеною в цьому пункті.

Якщо інше не передбачено Договором, у разі непідписання додаткової угоди протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня офіційного звернення Страховика, а у випадку перегляду розміру доплати до Страхового платежу - непідписання додаткової угоди протягом зазначеного вище строку або несплати доплати до Страхового платежу у визначені додатковою угодою строки, Договір вважається достроково припиненим через 30 (тридцять) календарних днів з дати направлення Страховиком відповідного письмового повідомлення Страхувальнику.

Якщо інше не передбачено Договором, у випадку дострокового припинення дії Договору з причини недосягнення Сторонами згоди щодо внесення змін до Договору, Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором, включаючи виплати за послуги, що були прогарантовані та організовані протягом дії Договору, згідно формули, зазначеної в пункті 12.8 Умов. До моменту дострокового припинення дії Договору або набрання чинності додатковою угодою про внесення змін до Договору Страховик зобов'язується надавати послуги згідно чинних умов Договору в повному обсязі.

15.3. Незважаючи на інші положення Договору, Договір забезпечує страхове покриття в тій мірі, наскільки дане страхове покриття не суперечить жодним економічним, торговим або фінансовим санкціям та/або ембарго Ради Безпеки ООН (ООН), Європейського Союзу (ЄС) або будь-якого національного законодавства, яке застосовується щодо сторін цього Договору. Це стосується також економічних, комерційних чи фінансових санкцій та/або ембарго, ініційованих Сполученими Штатами Америки чи іншими країнами, в тій мірі, наскільки вони не суперечать законодавству Європейського Союзу (ЄС) або місцевому законодавству.

15.4. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються цими Умовами та законодавством України. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених в цих Умовах та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

15.5. Додатками та невід'ємними частинами цих Умов є:

15.5.1. Додаток №1 – Програма страхового продукту (Програма);

15.5.2. Додаток №2 – Перелік винятків зі страхових випадків.

ПРОГРАМА СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи впродовж строку дії Договору до НП з метою отримання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою у зв'язку з розладом здоров'я, пов'язаним з **Гострим захворюванням, Загостренням хронічного захворювання, Розладом здоров'я внаслідок Нещасного випадку**, іншим розладом здоров'я та /або інші випадки, передбачені Програмою.

Клас 1 – брендові та комерційні НП високої цінової категорії

Клас 2 – комерційні НП середньої цінової категорії

Клас 3 – комерційні НП низької цінової категорії, відомчі, комунальні

Програми	Prestige (Клас 1)	VIP (Клас 2)	Standard (Клас 3)
Страхова сума, грн	250 000	175 000	150 000
Кількість консультацій та призначень по результатам даних консультацій, отриманих в онлайн форматі через «МЕДІКІТ», на рік	5	5	5
Кількість лікарняних листів онлайн оформлених через "МЕДІКІТ", на рік	5	5	5
Клас НП	Рівень покриття	Рівень покриття	Рівень покриття
	100%	70%	30%
Клас 1	Провідні фахівці 70%	Провідні фахівці 40%	Провідні фахівці 10%
	100%	100%	50%
Клас 2	Провідні фахівці 100%	Провідні фахівці 70%	Провідні фахівці 30%
	100%	100%	100%
Клас 3	Провідні фахівці 100%	Провідні фахівці 100%	Провідні фахівці 70%

Опції програми

1 Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку. Строк покриття страхового випадку - 30 днів з дати першого звернення до НП. Остеохондроз та інші дорсопатії надання невідкладної медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах денного стаціонару до 2 діб. Covid-19: діагностика та лікування згідно протоколів / настанов МОЗ за призначенням лікаря. Оформлення листків непрацездатності при зверненні до НП, які надають дану послугу

1.01 Консультації лікарів в амбулаторних умовах	Так	Так	Так
--	-----	-----	-----

Первинні та повторні консультації; он-лайн консультації лікарів на базі платформи МЕДІКІТ (доступ з мобільного додатку myUNIQA Ukraine); консультації провідних фахівців наукових інститутів та співробітників наукових кафедр (к.м.н., доцентів, професорів); альтернативні консультації за призначенням лікаря в складних випадках

1.03 Виклик лікаря або лікаря провідного фахівця	Так	Так	Так
---	-----	-----	-----

Виклик лікаря або лікаря провідного фахівця (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс, при неможливості за станом здоров'я відвідувати НП. Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам НП, які мають на це відповідну ліцензію. Виїзд в межах 50 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні)

1.04 Діагностика інструментальна	Так	Так	Так
---	-----	-----	-----

Інструментальна діагностика згідно з протоколами/настановами МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії (без медикаментозного сну) за призначенням лікаря

1.05 Діагностика лабораторна	Так	Так	Так
-------------------------------------	-----	-----	-----

Лабораторна діагностика згідно з протоколами/настановами МОЗ за призначенням лікаря

1.06 Медичні процедури та маніпуляції	Так	Так	Так
--	-----	-----	-----

Проведення згідно з протоколами/настановами МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (у т. ч. ін'єкції, малі хірургічні втручання, перев'язки, зняття гіпсу, тощо) за призначенням лікаря в амбулаторних умовах, у т. ч. із застосуванням знеболення (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій)

1.08 Денний стаціонар/Стаціонар на дому	Так	Так	Так
--	-----	-----	-----

Діагностика та лікування в умовах денного стаціонару/стаціонару на дому при наявності медичних показань

1.11 Гінекологія/урологія	Так	Так	Так
----------------------------------	-----	-----	-----

1.11.01 Гінекологія / урологія / мамологія - додаткове покриття	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
--	---	--	--

Діагностика та лікування 1 (один) курс на рік (у т.ч. контрольна діагностика та контрольна консультація) одного з наступних захворювань: будь-якої етіології гострих або хронічних кольпітів, цервицитів, вульвовагінітів, дисбіозів/дисбактеріозів, уретритів, простатитів, баланопоститів - окрім специфічних збудників: ЗПСШ та змішаної інфекції

1.12 Масаж, мануальна терапія	Так	Так	Так
--------------------------------------	-----	-----	-----

1.12.01/1 Окрім дорсалгій. Масаж лікувальний або мануальна терапія - 30 днів	Кількість послуг/сеансів: 10 на рік. Ліміт по тривалості лікування: 30 днів на застраховану особу на рік		
---	--	--	--

Неподільний курс 1 раз на рік 30 днів з моменту першого звернення до НП/встановлення первинного діагнозу, в межах ліміту по кількості сеансів, однієї масажної зони за призначенням лікаря по страховому випадку. Окрім діагнозів: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків (організовується не більше 1 сеансу (послуги) в день)

1.12.01 Масаж лікувальний або мануальна терапія	Кількість послуг/сеансів: 10 на рік. Ліміт по тривалості лікування: 14 днів на застраховану особу на рік		
--	--	--	--

Неподільний курс 1 раз на рік, в межах ліміту по кількості сеансів, однієї масажної зони за призначенням лікаря по страховому випадку. При діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків в межах загального курсу лікування 14 днів з моменту першого звернення до НП/встановлення первинного діагнозу (організовується не більше 1 сеансу (послуги) в день)

1.13 Фізіотерапевтичні процедури	Так	Так	Так
1.13.01 Фізіотерапія	Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок		
Апаратні методи за призначенням лікаря по страховому випадку з переліку: магнітотерапія, електролікування, світлолікування (крім лазеротерапії), інгаляції, лікування ультразвуком			
1.14 Медикаментозне забезпечення при АПД	Так, 100% в межах страхової суми	Так, 100% в межах страхової суми	Так, 100% в межах страхової суми
Забезпечення медикаментами згідно з протоколами/настановами МОЗ неподільним курсом до 30 днів протягом строку дії Страхового випадку, якщо випадок є страховим. Компенсація витрат на придбання медикаментів за умови наявності медичних призначень та надання відповідних підтверджуючих документів Страховику. Доставка медикаментів додому або в офіс в межах міської смуги (на умовах постачальника, при наявності такої послуги в регіоні)			
1.14.01 Лікарські засоби та витратні матеріали	Так	Так	Так
Медикаменти та засоби для проведення медичних маніпуляцій: шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки (в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст), одноразові леза, шовний матеріал			
1.14.02 Пробіотики	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Пробіотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги - препарати для відновлення мікрофлори кишківника та вагінальної мікрофлори. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.03 Препарати для гормональної терапії	Так	Так	Так
Препарати для замісної гормональної терапії. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.04 Фітопрепарати	Так	Так	Так
Фітопрепарати (препарати рослинного походження). За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.05 Гомеопатичні препарати	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Гомеопатичні препарати. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.07 Хондропротектори	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Хондропротектори - препарати, що застосовуються для лікування опорно-рухового апарату та містять у своєму складі хондроїтин та глюкозамін. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.08 Гепатопротектори	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Гепатопротектори - препарати, які використовуються для захисту печінки, що містять у своєму складі жовчні кислоти і амінокислоти та препарати на основі рослинного походження. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.09 Ферменти	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Ферменти, що покращують травлення. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			
1.14.10 Вітамінні препарати	Так	Так	Так
Вітамінні препарати (з лікувальною метою). За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам			

1.14.18 Сольові розчини, зареєстровані як лікарські препарати

Так

Так

Так

Сольові розчини, зареєстровані як лікарські препарати. За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам

2 Стаціонарна допомога

Медична допомога в умовах стаціонару невідкладного/планового (якщо це передбачено умовами програми стаціонарна допомога). Covid-19: діагностика та лікування згідно діючих протоколів/настанов МОЗ за призначенням лікаря. Переведення до іншого НП за медичними показами

2.01 Планова госпіталізація

Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

Надання стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря по страховому випадку, що може бути відкладений на 24 години, або більше. Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; Анестезіологічна допомога; розміщення в палатах підвищеного комфорту за наявності місць на момент госпіталізації; харчування, яке надається стаціонаром. Забезпечення медикаментами в т. ч. антитромботичними (антикоагулянтами) та засобами для медичних процедур (шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст, одноразові леза, шовний матеріал). Фізіотерапія, лікувальний масаж, ЛФК, кінезіотерапія, реабілітація в умовах стаціонару

2.02 Невідкладна госпіталізація

Так

Так

Так

Надання стаціонарної медичної допомоги за призначенням лікаря, коли потрібна госпіталізація протягом 24 годин. Екстрена госпіталізація здійснюється до найближчого від місця виклику стаціонару, що може надати кваліфіковану медичну допомогу. Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; Анестезіологічна допомога; розміщення в палатах підвищеного комфорту за наявності місць на момент госпіталізації; харчування, яке надається стаціонаром. Забезпечення медикаментами в т. ч. антитромботичними (антикоагулянтами) та засобами для медичних процедур (шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст, одноразові леза, шовний матеріал). Фізіотерапія, лікувальний масаж, ЛФК, кінезіотерапія, реабілітація в умовах стаціонару

3 Швидка допомога

3.02 Швидка допомога в межах 50 км.

всі НП 100%

Цілодобовий виклик бригади швидкої допомоги в межах 50 км. Зони від адміністративної межі міста, з якого викликається бригада. Невідкладна допомога на місці виклику, діагностика та медикаментозне лікування. Транспортування до НП з метою госпіталізації при невідкладних станах. Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, до інших НП для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Транспортування до НП та від НП додому у випадку переломів нижніх кінцівок, тазу, хребта

4 Стоматологія

4.01 Лікувальна та невідкладна стоматологічна допомога

Ліміт: 1 500 грн. на Застраховану особу на рік. Всі НП 100%

Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік. Всі НП 100%

Ні

4.01.01 Основні стоматологічні послуги

в межах ліміту

в межах ліміту

Ні

Консультації, первинний огляд фахівців; діагностика, включаючи рентгенографію та ін. методи; лікування: терапевтичне, хірургічне, встановлення тимчасових та постійних пломб, знеболювання, лікування слизової оболонки ротової порожнини, фізіотерапія. Лікування тканин пародонту в т. ч. апаратом "Вектор". Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря, зняття зубних відкладень для лікування та попередження захворювань слизової оболонки рота. Протезування (імплантація) та підготовка до нього внаслідок нещасного випадку

4.01.03 Протезування/імплантація планове	в межах ліміту	в межах ліміту	Ні
Протезування/імплантація та підготовка до нього з вартістю самого імпланта			

4.01.05 Послуги з ортодонтії	в межах ліміту	в межах ліміту	Ні
Консультація, діагностика, встановлення коригуючих апаратів, в т.ч. брекет-систем при ортодонтичних захворюваннях			

4.01.06 Відбілювання, фторування	в межах ліміту	в межах ліміту	Ні
Відбілювання, фторування при станах, що потребують корекції структури емалі та для запобігання розвитку захворювань тканин зуба			

6 Додаткові опції

6.01.05 Вакцинація проти грипу	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Вакцинація проти грипу з метою запобігання захворювання та його ускладнень проводиться одноразово в осінньо-зимовий період (тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України), централізовано (виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю від 10 осіб) або індивідуально по запиту Застрахованої особи			

6.01.13 Вакцинація від правця та сказу	Так	Так	Так
Антирабічна та протиправцева вакцинація з метою запобігання виникнення захворювань та їх ускладнень за медичними показаннями : травми із пошкодженням шкірного та слизового покриву, окрім планової вакцинації згідно з календарем щеплень			

7 Критичні захворювання

7.01 Цукровий діабет	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Діагностика і перший курс лікування цукрового діабету I-го типу строком 30 днів (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях), вперше виявленого під час дії договору			

7.02 Туберкульоз	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
Клас 1: 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: 100%; провідні фахівці 100%			
Діагностика і перший курс лікування строком 30 днів (у т. ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору туберкульозу в державних та відомчих НП			

7.03 Новоутворення	Так	Так	Так
7.03.01 Первинна діагностика доброякісних або злоякісних новоутворень	Так	Так	Так

Первинна діагностика вперше виявлених протягом дії договору злоякісних та доброякісних новоутворень до встановлення діагнозу

8 Окремі групи захворювань

8.07 Остеохондроз або інші дорсопатії	Обмеження по тривалості лікування (днів): 14 на випадок. Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		
--	--	--	--

Організація та оплата первинної діагностики при неефективному медикаментозному лікуванні та збереженні больового синдрому протягом 5 днів, медикаментозного лікування та курсу лікувального масажу або мануальної терапії в обсязі передбаченим опцією 1.12. програми (за наявності опції в програмі), Строк ведення випадку - 14 днів з дати первинного призначення лікаря при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві киля, протрузії дисків

Конкретним договором страхування можуть бути передбачені інші (індивідуальні) Програми.

ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

(якщо інше не передбачено умовами Договору або Програмою)

У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених в Програмі та у цьому Переліку, пріоритет у застосуванні мають умови Програми.

1. При наступних захворюваннях/травмах/станах/синдромах та їх ускладненнях покривається лише первинна консультація. Не покривається: будь-яка діагностика та лікування таких захворювань/ травм/ станів/ синдромів та їх ускладнень:

1.1. пов'язаних із виникненням синдромів, станів, захворювань та їх ускладнень:

1.1.1. Які не є результатом гострих захворювань, загострень хронічних захворювань, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку та/або не передбачені Програмою.

1.1.2. спричинені вживанням алкоголю, наркотичних речовин, токсичних речовин, спробою самогубства (крім випадків коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб), нанесенням собі тілесних ушкоджень (чи інших дій, спрямованих на настання страхового випадку);

1.1.3. що виникли внаслідок занять професійним спортом, занять екстремальними видами спорту та розваг (альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розваг, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин). В межах цього Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах;

1.1.4. що прямо чи опосередковано пов'язані з:

1.1.4.1. оголошеною чи неоголошеною війною, громадянською війною чи її наслідками, воєнними маневрами, дією групи зловмисників або осіб, які діють за дорученням політичних організацій чи взаємодіють з ними; військовим повстанням, блокадою, захопленням (узурпацією) влади, введенням воєнного або надзвичайного стану, ворожими актами та будь-якими іншими воєнними діями/заходами воєнного характеру чи спробами їх придушення та/або їх наслідками;

1.1.4.2. страйками, локаутами, мітингами, демонстраціями, революцією, трудовими безладами або громадянськими хвилюваннями, заколотами, народними повстаннями, дією озброєних повстанців, а також дією влади, що направлені на їх придушення;

1.1.4.3. з активною участю Застрахованої особи у протиправних діях в тому числі терористичного спрямування – терористичних актах, встановленні вибухового пристрою тощо; мітингах, демонстраціях;

1.1.4.4. з активною участю Застрахованої особи у діях, які вжито з метою запобігання, придушення, контролю або зменшення наслідків будь-якого фактичного, передбачуваного, очікуваного, усвідомлюваного і такого, що несе загрозу терористичного акту, будь-яких терористичних актів, диверсій, заходів щодо їх придушення, попередження та інших антитерористичних дій;

1.1.4.5. дією зброї будь-якого типу (крім протиправних дій третіх осіб не пов'язаних з подіями перерахованими в даному пункті, що підтверджено компетентними органами), ураженням мінами, бомбами та іншими засобами ведення війни, вибухом застарілих боєприпасів;

1.1.4.6. обвалами, деформаціями, загорянням будь-яких елементів будівель (приміщень, будівельних конструкцій) внаслідок впливу будь-яких вибухових речовин (крім природного газу внаслідок побутового інциденту) та/або боєприпасів (кулі, гранати, міни, бомби, артилерійського снаряду, ракети, снаряду для реактивних систем тощо) або будь-яких частин (осколки, детонатори, запали, будь-які елементи конструкції, компоненти вибухових пристроїв тощо);

1.1.5. що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф;

1.1.6. особливо небезпечні інфекції згідно чинних Наказів МОЗ України;

1.1.7. що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору;

1.2. За кодом МКХ-10:

	Код за МКХ-10¹
1.2.1. Радіаційні ураження (променева хвороба) та інші захворювання і наслідки дії радіації та іонізуючого випромінювання, радіоактивного забруднення, хімічного, бактеріологічного забруднення	T66, L58, L59
1.2.2. Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатевої інфекції, в т.ч. уrogenітальні хламідіоз, трихомоноз, уреаплазмоз, аногенітальна герпетична інфекція тощо	A50-A64, A 70-74
1.2.3. ВІЛ інфекції та СНІД	B20-B24
1.2.4. Цитомегаловірусна інфекція	B25
1.2.5. Герпес-вірусні інфекції (всіх типів, в т.ч. Епштейн-Бар)	P35.1, K77.0, J17.1, B00.0, B00.1, B00.2, B00.5, B00.8, B00.9
1.2.6. TORCH-інфекції	B58, P35, P37.1
1.2.7. Гарднерельоз	B96, N76
1.2.8. Папіломовірусна інфекція	B97.7, B 07
1.2.9. Різні імунодефіцити	D80 -D85, D89
1.2.10. Вірусносійство, бактеріоносійство	<u>Z21- Z22</u>
1.2.11. Алергічні захворювання, atopічний дерматит (нейродерміт)	L20, L23, L50.0, L56.1, J30.1-J30.4, H10.1
1.2.12. Екзема, мікози, себорея будь-якого типу, в т.ч. себорейний дерматит, простий хронічний лишай та свербіць, дисгідрози, дерматити	B00.0, B35-B49, H60.5, H62.2, L21, L24-L25, L27.2-L30, L74-L75

¹ МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) розміщена на сайті ВООЗ за посиланням: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

1.2.13. Кропивниця та еритема	L50.1 -L51.0, L51.9 - L54, L56.0, L56.2- L56.4
1.2.14. Папулосквамозні порушення (псоріаз, парапсоріаз, пітіріази, червоний плаский лишай та ін.)	L40- L45
1.2.15. Оніходистрофія, зміни нігтя	L60, L62
1.2.16. Вугрі (акне), розацеа	L70-L71, L73.0- L73.1, L73.8-L73.9
1.2.17. Порушення пігментації та росту: шкіри та волосся (алопеція, гіпертрихоз, кератодермії); вітіліго, мозолі тощо	L57, L63-L68, L80- L82, L89-L99,
1.2.18. Контагіозний молюск	B08.1
1.2.19. Паразитарні захворювання (в тому числі короста, педикульоз, демодекоз), глистяні інвазії у осіб віком старше 16 років	A06-A07, B65-B89
1.2.20. Гіпергідроз	R61
1.2.21. Вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, в т. ч. отримані під час пологів, спадкові та генетичні захворювання, деформації та хромосомні порушення	Q00-Q99, G11, G80. G60, N07, K90.0, E75.2, E84
1.2.22. Психічні розлади та розлади поведінки, психоневрози, невротичні розлади, сексуальні дисфункції	F00-F99
1.2.23. Демієлінізуючі захворювання, в т.ч. розсіяний склероз	G35-G37
1.2.24. Порушення мови	R47-R48
1.2.25. Порушення сну	G47, F51
1.2.26. Епілепсія	G40-G41
1.2.27. Захворювання печінки будь-якої етіології: синдром Жильбера, вірусні гепатити В, С, D, Е, мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, стеатоз печінки, цироз печінки тощо	K70-K77, B16-B19, E80.4, E83.0
1.2.28. Контрацепція, безпліддя, планування сім'ї, відновлення та збереження функції дітонародження включно зі штучним (екстракорпоральним) заплідненням та його ускладненнями	Z30, Z31, N46, N48.3, N48.4, N97, N98
1.2.29. Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.), атипові маткові кровотечі, що не супроводжуються значною та різкою крововтратою	N91-N95
1.2.30. Системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші)	M02 – M03, M05 -M 14, M30-M36, M94.1 D59.0-D59.1, D68.6 E06.3, E05.0, E27.1 E31.0,G61, R76.2,

		L93, N08.2, N08.5, N16.2, N16.4
1.2.31.	Професійні захворювання, спричинені шкідливими виробничими факторами	-
1.2.32.	Захворювання, які є причиною встановлення інвалідності, їх наслідки та ускладнення	-
1.2.33.	Захворювання крові та кровотворних органів	D50-D77
1.2.34.	Розлади харчування, порушення обміну речовин, негострі ендокринні розлади	E00-E05, E06.1-E07, E09, E15-E90, K90.4, K90.9
1.2.35.	Есенціальна гіпертензія, хронічна ішемічна хвороба серця, нестабільна стенокардія.	I10-I15, I20.0, I25.0, I25.2, I25.5-I25.9
1.2.36.	Функціональні розлади травлення	K 21.9, K22.0, K22.4, K30, K58, K59.0, K59.1, K59.4, K59.8, K59.9 K82.8, K83.4, R10.4, R14
1.2.37.	Халязіон	H00.1
1.2.38.	Мігрень, головний біль напруги	G43, G44
1.2.39.	Поліневропатії та інші ураження периферичної нервової системи	G60-G64

2. При наступних захворюваннях/травмах/станах/синдромах та їх ускладненнях покривається: первинна консультація, первинна діагностика для постановки чи спростування діагнозу (тільки обов'язкові обстеження), одна повторна консультація по результатам обстежень та оплата швидкої невідкладної медичної допомоги. **Не покривається:** уточнююча діагностика (для визначення стадії, ступеня важкості, перебігу процесу) та лікування даних захворювань/травм/станів/синдромів та їх ускладнень:

Код за МКХ-10

2.1.	Веgetо-судинні дистонії, нейро-циркуляторні дистонії	G90.8-G90.9
2.2.	Цукровий діабет	E10-E14
2.3.	Туберкульоз	A15-A19
2.4.	Злоякісні новоутворення, новоутворення невизначеного або невідомого характеру	C00-C97, D00-D09 D37-D48
2.5.	Доброякісні новоутворення та кістозні, поліпозні утворення будь якої локалізації	D10-D36, D17.0- D17.3, M67.4, M71.2, M71.3, J33, J34.4, K62.0, https://icd.who.int/browse10/2019/en K62.1, K63.5, K86.2, K86.3, L72_
2.6.	Варикозне розширення вен будь-якої локалізації	I83, I85-I86
2.7.	Геморой	K64
2.8.	Хронічна венозна недостатність	I87.2

2.9.	Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера)	I73.1
2.10.	Хвороба Рейно	I73.0
2.11.	Синдром «сухого ока», Комп'ютерний синдром	H04.1, H58.8
2.12.	Кератоконус	H18.6.
2.13.	Катаракта	H25-H26, H28
2.14.	Захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.)	H30-H36
2.15.	Глаукома	H40-H42
2.16.	Косоокість	H49-H51
2.17.	Далекозорість (гіперметропія), короткозорість (міопія), астигматизм	H52
2.18.	Астенопія	H53.1
2.19.	Хронічна ниркова недостатність	N18
2.20.	Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудники якої перелічені в пп.1.2.2,1.2.4	N34, N41, N48.1, N72, N76
2.21.	Доброякісні дисплазії молочної залози (в т.ч. дифузна кістозна мастопатія та інші)	N60
2.22.	Мастодинія	N64.4
2.23.	Незапальні хвороби жіночих статевих органів	N80- N98
2.24.	Кардіосклероз	I25.1
2.25.	Атеросклероз	I70, I67.2
2.26.	Енцефалопатії будь-якого генезу	I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4
2.27.	Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлія	G10-G14, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95
2.28.	Подагра	M10, M14.0
2.29.	Остеоартроз, артроз, остеоартрит	M15-M19
2.30.	Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т.ч. набуті деформації кінцівок	M21
2.31.	Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска	M23.1-M 23.3
2.32.	Сколіоз, кіфоз та лордоз	M41, M40, M96
2.33.	Остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків	M42-M43, M47, M91-M94, M50-M54 G54 – G55

2.34. Анкілозуючий спонділоартрит	M45
2.35. Фібропластичні порушення в т. ч. плантарний (підшовний) фасциїт (пя'ткова шпора)	M72
2.36. Остеопороз	M80-M83
2.37. Хвороба Крона. Виразковий коліт	K50, K51
2.38. Дисбіоз, дисбактеріоз будь-якої локалізації	K63.8, R19.8
2.39. Саркоїдоз	D86
2.40. Ревматизм (ревматична лихоманка)	I00-I02, I05-I09
2.41. Кардіоміопатії	I42-I43
2.42. Бронхіальна астма	J45
2.43. Сечокам'яна хвороба	N20-N23
2.44. Дегенеративно-дистрофічні зміни органів та тканин	M22.4, M24.5, M24.6, M25.7 M65.2, M71.4 M94.2, M94.3, M75.0-M75.3, M77. M92.5 M93.1, M94.0,

3. Страховик не організовує та не здійснює оплату наступних лікарських засобів, товарів медичного призначення, послуг та інших витрат:

3.1. медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення, які не є необхідними для лікування та діагностики станів, в т.ч. невідкладних, захворювань та їх ускладнень, що діагностовані під час надання медичних послуг;

3.2. медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення, передбачені програмою страхування, але не призначені лікарем, ліки, придбані поза аптечною мережею України;

3.3. медикаменти, лікарські засоби, лікувальні та діагностичні маніпуляції у випадках якщо тривалість захворювання перевищує 30 календарних днів з моменту встановлення діагнозу та призначеного лікування;

3.4. БАДи, харчові добавки, косметичні та гігієнічні засоби, креми, шампуні, будь-які засоби, які не входять до «Державного реєстру лікарських засобів»;

3.5. профілактичні щеплення, вакцинація. За Програмами, що передбачають покриття профілактичних щеплень, страхове покриття не поширюється на профілактичні щеплення, які проводяться з порушенням термінів, передбачених чинним календарем затвердженим МОЗ України, окрім випадків надання медичного висновку з обґрунтуванням зміни термінів проведення щеплення;

3.6. витрати на лікарські засоби наступних груп та їх введення:

**Код за АТХ (АТС)
класифікацією²**

3.6.1. Гомеопатичні, в т.ч. антигомотоксичні засоби	
3.6.2. Гормональні препарати в т. ч ВМС	H01, H03-H05, G02B, G03
3.6.3. Ферменти, в т.ч. числі загальної (системної) дії	B06AA, B01AD, D03B, C04AF, M09AB
3.6.4. Пробиотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги; препарати для відновлення флори	A07F, J01XX16

² АТХ (АТС)-класифікація – міжнародна анатомо-терапевтично-хімічна класифікація лікарських засобів. Код АТС зазначається в інструкції лікарського засобу.

3.6.5.	Протигрибкові препарати	D01, J02A
3.6.6.	Засоби, що містять хондроїтин сульфат, глюкозамін, гіалуронову кислоту та їх аналоги	M01AX, M09
3.6.7.	Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток (в т.ч. бісфосфонати)	M05B
3.6.8.	Гепатотропні та жовчогінні препарати	A05, A16AA02
3.6.9.	Антитромботичні засоби (антикоагулянти)	B01
3.6.10.	Гіполіпідемічні засоби (в т.ч. статини)	C10
3.6.11.	Препарати, які коригують процеси імунітету (імуномодулятори, імунокоректори), препарати для терапевтичної вакцинації/імунотерапії (бронхо-ваксом, бронхомунал, рибомуніл, ІРС19) тощо	L03, L04, R07AX, G04B X
3.6.12.	Вітаміни та мінеральні комплекси (в т.ч. їх комбінації)	A11-A12, B03B A01, B03B B01
3.6.13.	Тканинні препарати, біостимулятори (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо- солкосерил, актовегін, церебролізин, церегін, цереброкурін та ін.)	L03, D11AX, B06AB, N06BX, A16AX19
3.6.14.	Психотропні (в т.ч. снодійні, седативні, психостимулюючі, ноотропні препарати, тощо)	N05, N06
3.6.15.	Кровозамінники та препарати крові	B05, B06
3.6.16.	Ангіопротектори, венотоніки, капіляростабілізуючі препарати	C04-C05, D11A X01
3.6.17.	Опіоїди	N02A
3.6.18.	Протипаркінсонічні засоби	N04
3.6.19.	Засоби що застосовуються при адиктивних розладах	N07B

3.7. вироби медичного призначення (придбання та їх оренда), в тому числі: медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів (трансплантати, протези, ортези, імплантати, ендопротези, стенти, електроди, ріжучі петлі, лінзи тверді та м'які, пролінові сітки тощо), еластичний бинт, інгалятори (небулайзери), лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри), медичне устаткування (набори для анестезії, емболізації, деартерілізації, артроскопічні, лапароскопічні набори, витратні матеріали, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо); медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат, аптечні експерс-тести, тест-смужки і розхідні матеріали для глюкометрів.

3.8. діагностика та лікування, які не передбачені діючими галузевими стандартами та клінічними настановами затвердженими Державним експертним центром МОЗ України, у т. ч. розміщеними на сайтах <https://www.dec.gov.ua/>, <https://moz.gov.ua/>, <https://likicontrol.com.ua/>, <http://www.drلز.com.ua/>, <https://compendium.com.ua/>, діагностика та лікування станів, що не містяться в переліку МКХ 10;

3.9. лікарські засоби, товари медичного призначення, медичні послуги, призначені з метою профілактики, необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення

рецидивів і ускладнень; профілактичні послуги, санаторно-курортне лікування, заняття в басейні чи на тренажерах; медичні та профілактичні огляди, в тому числі для отримання дозволів на керування транспортним засобом, володіння зброєю, для вступу у навчальні/дошкільні заклади; оформлення документації для МСЕК, встановлення інвалідності, стійкої втрати працездатності, ВЛК, оформлення документації, що не відноситься до страхового випадку; послуги з медичної реабілітації, в тому числі комплекс психологічних, педагогічних, професійних та юридичних заходів;

3.10. послуги психолога, логопеда, психіатра, психотерапевта, психоаналітика, дієтолога, нутріціолога, сурдолога, імунолога, генетика, подолога, трихолога, нарколога, альголога, фоніатра, сексопатолога, репродуктолога, консультанта з грудного вигодовування, андролога, протезіолога/протезіста;

3.11. Фізіологічна вагітність після встановленого діагнозу, яка не має медичних показів до переривання і не ускладнена матковою кровотечею, пологи, неінвазивний пренатальний тест (NIPT) Z32.1- Z39.2;

3.12. ВМС (внутрішньоматкова спіраль) та будь-які маніпуляції пов'язані з нею;

3.13. імунограма, ліпидограма та окремі її показники;

3.14. будь-які послуги, крім зазначених в Програмі;

3.15. оптична та лазерна корекція зору;

3.16. мануальна терапія, масаж та всі його види, міорелаксація, голкорексфлексотерапія, кріомасаж, кріотерапія, бальнеологічні процедури (душ Шарко, мінеральні ванни, гідромасаж, тощо), підводне витягування, лікувальна фізкультура, кінезотерапія, ударно-хвильова терапія, міофасціальний реліз, тейпування, лазерна, радіохвильова, аргонноплазмова терапія, фототерапія;

3.17. косметичні, пластичні та реконструктивні операції, коли пластична хірургія не є необхідна за життєвими показниками або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні внаслідок нещасного випадку, (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, вазотомія, конхотомія, артроскопічні операції, хірургічне лікування анальних тріщин тощо), операції на серці та судинах (в тому числі стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу, тощо). Операції направлені на зміну ваги, модифікацію тіла, трансгендерний перехід (зміна статі);

3.18. транспортні витрати, починаючи від 31 км. від адміністративно-територіального кордону міста (крім витрат на транспортування Застрахованої особи яка перебуває на стаціонарному лікуванні, до інших НП для лікування за призначенням лікаря стаціонару у випадках, коли неможливо надати необхідну медичну допомогу НП, де перебуває Застрахована особа та за згоди лікуючого лікаря на таке транспортування), транспортні витрати при транспортуванні від НП додому (окрім переломів нижніх кінцівок, тазу, хребта); транспортування до НП на планову госпіталізацію;

3.19. екстракорпоральні методи лікування: плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмодіфільтрація; озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація (баротерапія), внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера, плазмоліфтинг та PRP терапія, ВМАС-терапія та ін.;

3.20. моральна шкода, упущена вигода, благодійні внески;

3.21. надання планової медичної допомоги в стаціонарі;

3.22. сплата за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 повних років;

3.23. трансплантація органів та тканин, протезування та ендопротезування;

3.24. виклик лікаря додому без медичних показань. Медичними показами вважаються: температура тіла 38°C та вище, симптоми харчової токсикоінфекції: блювота, діарея, генералізований висип, підвищення артеріального тиску більше ніж на 30 мм рт ст або зниження від норми звичайних показників для конкретної Застрахованої особи, що унеможливають самостійний візит до НП;

3.25. отримання Застрахованою особою послуг або лікарських засобів, що дублюються в межах одного страхового випадку, в тому числі повторні дослідження (перездача аналізів без медичних показів) та/або альтернативні консультації без призначення лікаря, застосування двох або більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії

або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, крім випадків коли один препарат має місцеву, а інший – загальну дію та випадків стаціонарного лікування;

3.26. Невиконання призначень лікаря, недотримання призначеного лікування, несвоєчасне (менш ніж за одну годину) повідомлення Страховика про відміну планової послуги (консультації лікаря в поліклініці або на дому, амбулаторне обстеження).

4. Договором можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків, що не суперечать законодавству. Вичерпний перелік винятків із страхових випадків визначається умовами Договору.