

1. Визначення понять та термінів. Загальні положення

1.1. Ці Загальні умови страхового продукту «Моє Здоров'я Плюс» (надалі – Умови) затверджені Наказом №119 від 25.09.2024 року, вступають в дію з 27.09.2024 року.

1.2. Ці Умови встановлюють загальні умови страхування і порядок укладення, внесення змін та припинення договорів медичного страхування та страхування на випадок хвороби за страховим продуктом «Моє Здоров'я Плюс» (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 є договорами комплексного страхування, укладаються за **класом страхування 2** «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» та включають ризики в межах класу страхування: страхування на випадок хвороби та медичне страхування.

1.4. За цим страховим продуктом Об'єктом страхування за всіма ризиками в межах класу страхування 2 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 за ризиком «медичне страхування» класу страхування 2 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.

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 загрозувати 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 загрозувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення якої є об'єктом страхування за договором страхування. За страховим продуктом «Моє Здоров'я Плюс» 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 «Мое Здоров'я Плюс» 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.

ЛПЗ (лікувально-профілактичний заклад) – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні, медичні послуги, а також виконання інших функцій, пов'язаних з професійною діяльністю медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо незалежно від форми власності.

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.

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 в профільному закладі 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.

Нозологічна одиниця (від грецького νόσος – хвороба) – певна хвороба, яку виділяють як самостійну на основі встановлених причин виникнення, характерного патологічного розвитку, типових клініко-анатомічними проявів, що відображають переважне враження тих чи інших органів та систем організму. Диференціація нозологічних одиниць (нозологічних форм), їх приналежність до певних груп хвороб відображена у Міжнародній класифікації хвороб, травм та причин смерті (МКХ-10).

Планове звернення до ЛПЗ – звернення Застрахованої особи до ЛПЗ 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.

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

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

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

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 ЛПЗ – багатопрофільний ЛПЗ, 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.

Споживач - фізична особа, яка звернулася за отриманням або отримує страхову послугу для задоволення особистих потреб, не пов'язаних з підприємницькою або незалежною професійною діяльністю, а також інші особи, визначені Договором як Застраховані особи та/або Вигодонабувачі, які є фізичними особами, або інші фізичні особи, які мають право на отримання Страхової виплати.

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

Стаціонарне лікування / госпіталізація/ лікування в умовах стаціонару – цілодобове перебування та проходження курсу лікування в ЛПЗ, акредитованих належним чином, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі - ВМД) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі - ТМД), а саме: в багатопрофільній лікарні інтенсивного лікування (далі - ЛІЛ) першого та другого рівнів, багатопрофільними дитячими лікарнями (клінічними лікарнями) інтенсивного лікування (далі - ДитЛІЛ), лікарнями відновлювального лікування (далі - ЛВЛ), лікарнями планового лікування (далі - ЛПЛ), хоспісами, спеціалізованими медичними центрами (далі - СМЦ), багатопрофільними обласними лікарнями (клінічна лікарня), багатопрофільними обласними дитячими лікарнями (клінічними лікарнями), високоспеціалізованими медичними центрами (за

напрямами). Скерування на госпіталізацію до закладу ВМД чи ТМД передбачає заповнення лікарем або медичним працівником служби швидкої медичної допомоги відповідного направлення на госпіталізацію (консультацію), що зареєстроване в обліковій системі ЛПЗ та може бути перевірено страховою компанією, необхідність якого була викликана хворобою, які сталися протягом строку Страхового покриття. Не вважаються госпіталізацією/лікуванням в умовах стаціонару/стаціонарним лікуванням лікування в умовах денного стаціонару, стаціонару на дому, будь-якого іншого виду амбулаторного лікування.

Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору та/ або законодавства.

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. За цим страховим продуктом строкові та територіальні складові страхового захисту є однаковими для всіх ризиків в межах класу страхування 2.

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.

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).

Хвороба (нозологічна одиниця) – стан організму, що характеризується ураженням органів або тканин в результаті дії патогенних (фізичних, механічних, хімічних, біологічних, соціальних та ін.) факторів, розгортанням захисних реакцій, направлених на ліквідацію пошкоджень; звичайно супроводжується обмеженням пристосованості організму до умов оточуючого середовища і зниженням або втратою працездатності.

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 Страхове 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 Страхове 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 в ЛПЗ 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.

4.3. Якщо інше не передбачено Договором, Страхове покриття на території України (крім зазначеної в п. 4.2 Умов), що знаходиться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за страховими випадками визначеними в п. 5.3, 5.4 Умов, які не мають причинно-наслідкового зв'язку із війною 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. За ризиком «медичне страхування» класу страхування 2 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. За ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 страховим ризиком, якщо інше не передбачено Договором, є певна хвороба (перелік або групи хвороб, визначених Договором), її загострення або ускладнення, що може виникнути/загостритись/ускладнитись у Застрахованої особи протягом строку дії Договору та на випадок настання якої укладається Договір та/або яка призвела до госпіталізації/стаціонарного лікування/Лікування в умовах стаціонару Застрахованої особи протягом строку Страхового покриття стосовно Застрахованої особи за Договором.

5.3. Страховим випадком за ризиком «медичне страхування» класу страхування 2, якщо інше не передбачено Договором, є звернення Застрахованої особи впродовж строку дії Договору до ЛПЗ 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.

5.4. Страховим випадком за ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2, якщо інше не передбачено Договором, є розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок настання певної хвороби (переліку або групи (груп) хвороб, визначених Договором) або будь-якої хвороби, крім тих, які прямо зазначені в Договорі як виключення, загострення чи ускладнення хвороби, які зумовлюють необхідність отримання Застрахованою особою послуг, передбачених Програмою, протягом строку дії Договору

та/або призвела до госпіталізації/стаціонарного лікування/лікування в умовах стаціонару Застрахованої особи протягом строку Страхового покриття стосовно Застрахованої особи за Договором на умовах, визначених Договором. Страховик несе відповідальність в тому числі за повторними зверненнями Застрахованої особи до Страховика за страховою виплатою з приводу однієї і тієї ж хвороби, що виникла, загострилась чи ускладнилась протягом строку дії Договору (окрім випадку госпіталізації Застрахованої особи).

5.5. Перелік медичної допомоги та інших послуг, щодо яких надається Страхове покриття та звернення за якими вважаються Страховим випадком, визначається Програмою.

5.6. Страховий випадок вважається таким, що закінчився у наступних випадках:

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

5.6.2. при закінченні строку дії Страхового випадку, а саме: 30 (тридцяти) календарних днів з дати першого звернення до ЛПЗ в період дії Договору з приводу виникнення відповідного розладу здоров'я чи іншого випадку, передбаченого Програмою, але в будь-якому разі не довше, ніж строк дії Договору, за винятком Страхових випадків, які потребують стаціонарного лікування, що розпочато в період дії Договору. При цьому: медикаменти, лікарські засоби призначаються неподільним курсом протягом строку дії Страхового випадку, за винятком Страхових випадків, які потребують стаціонарного лікування, що розпочато в період дії Договору. За Страховими випадками, стаціонарне лікування за якими було розпочато протягом дії Договору, Страховик оплачує витрати, в тому числі вартість призначених лікарських засобів, медикаментів, які виникли протягом дії Договору та/або після закінчення строку дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару в межах 30 (тридцяти) календарних днів з дати першого звернення до ЛПЗ з приводу виникнення відповідного розладу здоров'я, але в будь-якому разі не довше, ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після закінчення строку дії Договору.

5.6.3. здійснення Страховиком страхової виплати Застрахованій особі у фіксованому Договором розмірі в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми внаслідок госпіталізації Застрахованої особи протягом строку Страхового покриття стосовно Застрахованої особи за Договором відповідно до умов Договору.

5.7. Звернення Застрахованої особи до ЛПЗ після закінчення строку дії Страхового випадку (у разі звернення до ЛПЗ у зв'язку з одним і тим же випадком) або після закінчення строку дії Договору, включаючи, але не обмежуючись: консультації, діагностика, лікувальні заходи (в тому числі чергове призначення схеми медикаментозного лікування), процедури та маніпуляції, вважаються випадками, що виникли поза строком дії Страхового випадку або поза строком дії Договору та не є Страховим випадком.

5.8. У разі, якщо при зверненні до ЛПЗ протягом строку дії Договору Застрахованій особі призначають медикаменти, лікарські засоби, строк прийому яких перевищує строк дії Страхового випадку, Страховик оплачує лікарські засоби на строк до закінчення строку дії Страхового випадку, але не менше однієї неподільної упаковки/блістера/флакона тощо.

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

5.10. 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. В 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 першого місяця 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 місяця 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 ЛПЗ** звернутись до Медичного асистансу Страховика засобами зв'язку за наступними контактними даними, якщо інше не передбачено Договором:

- **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, Messenger** чат через публік-акаунт **UNIQAua** (перехід та підключення з віджету на сайті <https://uniqa.ua>).
- Мобільний застосунок **MyUNIQA**.



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 (лікар-координатор) 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 в профільний ЛПЗ надає необхідну інформаційну підтримку тощо. Підбір Медичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора Страховика та здійснюється із врахуванням умов Програми, класів ЛПЗ, зазначених в Програмі, та обставин Страхового випадку по кожній Застрахованій особі. При обслуговуванні застосовується перелік ЛПЗ, що актуальний на дату укладення Договору (якщо інше не передбачено Договором). Перелік ЛПЗ з зазначенням дати набуття чинності з зазначенням класів доступний за посиланням <https://uniqa.ua/page/perechen-lechebno-profylaktycheskykh-uchrezdenyy/> та доводиться до відома Страхувальника і Застрахованих осіб.

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

7.5. У разі самостійного Планового звернення Застрахованої особи до ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, та/або самостійної оплати вартості медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких ЛПЗ, 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 ЛПЗ і не пізніше дати та часу звернення до ЛПЗ та повідомити Страховику дату та причину звернення до ЛПЗ;

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 в ЛПЗ 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 ЛПЗ 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. При госпіталізації (внаслідок хвороби, її загострення або ускладнення) протягом строку Страхового покриття стосовно Застрахованої особи за Договором, повідомити про подію Медичний асистанс Страховика засобами зв'язку, вказаними у п. 7.1 Умов, у термін до 10 (десяти) календарних днів з дати госпіталізації та надати Страховику всі документи, визначені п. 8.3 Умов, та у строк згідно з п. 8.5 Умов, якщо інше не передбачено Договором.

7.9. 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. За ризиком «медичне страхування» класу страхування 2 у випадку, якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, для отримання Страхової виплати 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;
- 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.):

8.1.2.1.1. Для суб'єктів господарювання юридичних осіб (ТОВ, ПП та ін.):

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

8.1.2.1.2. Для суб'єктів господарювання фізичних осіб (ФОП):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек, квитанція до прибутково-касового ордера, квитанція банку про оплату або товарний чек;
- Акт виконаних робіт або товарний чек (якщо конкретні послуги / товари не зазначені в платіжному документі);
- Виписка з амбулаторної картки хворого або консультативний висновок лікаря, або довідка від ЛПЗ (оригінал або копія завірені оригінальною круглою печаткою медичної установи (при її наявності у ЛПЗ);
- Копії результатів обстежень / досліджень (якщо такі проводилися).

8.1.2.2. Стаціонарні послуги (в т. ч. діагностичні послуги та ін.) для суб'єктів господарювання юридичних осіб (ТОВ, ПП та ін.):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Виписка (епікриз) з історії хвороби (оригінал або копія, завірені оригінальною круглою печаткою медичної установи);
- Акт виконаних робіт або товарний чек (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):

8.1.2.3.1. Для суб'єктів господарювання юридичних осіб (ТОВ, ПП та ін.):

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Накладна / товарний чек із зазначенням медикаментів (при відсутності інформації в розрахунковому документі);

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

8.1.2.3.2. Для суб'єктів господарювання фізичних осіб (ФОП):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція до прибутково-касового ордера, квитанція банку про оплату або товарний чек;
- Накладна / товарний чек із зазначенням медикаментів (при відсутності інформації в розрахунковому документі);
- Виписка з медичної карти або консультативний висновок лікаря або довідка від ЛПЗ (оригінал або копія завірені, оригінальною круглою печаткою медичної установи) з переліком призначених медикаментів.

8.1.2.4. Стоматологічні послуги:

8.1.2.4.1. Для суб'єктів господарювання юридичних осіб (ТОВ, ПП та ін.):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт, завірений оригінальною печаткою установи.

8.1.2.4.2. Для суб'єктів господарювання фізичних осіб (ФОП):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція до прибутково-касового ордера, квитанція банку про оплату або товарний чек;
- Акт виконаних робіт, завірений оригінальною круглою печаткою фізичної особи (при її 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 послуги:

8.1.2.6.1. Для суб'єктів господарювання юридичних осіб (ТОВ, ПП та ін.):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт на оздоровчі (лікувально-оздоровчі) послуги, завірений оригінальною печаткою установи;

8.1.2.6.2. Для суб'єктів господарювання фізичних осіб (ФОП):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція до прибутково-касового ордера, квитанція банку про оплату або товарний чек;
- Акт виконаних робіт на оздоровчі (лікувально-оздоровчі) послуги, завірений оригінальною круглою печаткою фізичної особи (при її наявності).

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

8.1.2.7.1. Для суб'єктів господарювання юридичних осіб (ТОВ, ПП та ін.):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Рецепт з печаткою лікаря з рекомендаціями щодо корекції зору.

8.1.2.7.2. Для суб'єктів господарювання фізичних осіб (ФОП):

- Розрахунковий документ, створений в паперовій та/або електронній формі: фіскальний (касовий) чек або квитанція до прибутково-касового ордера, квитанція банку про оплату або товарний чек;
- Рецепт з печаткою лікаря з рекомендаціями щодо корекції зору.

8.2. Документи згідно з пунктом 8.1 Умов повинні бути надані Страховику **не пізніше 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.

8.3. За ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 для отримання Страхової виплати Застрахована особа (або її представник / інша уповноважена особа, для неповнолітніх осіб – батьки Застрахованої особи) повинна надати Страховику такі документи (якщо інше не передбачено Договором):

8.3.1. заява на страхову виплату з зазначенням способу отримання коштів;

8.3.2. 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;

8.3.3. копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або ідентифікаційного індивідуального податкового номера;

8.3.4. документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність Застрахованої особи: листок непрацездатності та/або інший документ, який згідно з вимогами законодавства України про ведення первинної облікової документації у сфері охорони здоров'я засвідчує тимчасову непрацездатність, оформлений у паперовій формі, або листок непрацездатності, сформований в Електронному реєстрі листків непрацездатності, та/або медичний висновок про тимчасову непрацездатність, сформований в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я. Такі документи надаються у формі, визначеній законодавством України, що регулює порядок формування (видачі) документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність, включаючи витяги із зазначених реєстрів;

8.3.5. виписку (епікриз) з медичної карти стаціонарного хворого з історією хвороби (оригінал або копія, завірені оригінальною круглою печаткою медичної установи), консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я, копії результатів обстежень / досліджень (якщо такі проводились).

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

- у формі оригінальних примірників та/або копій таких документів, засвідчених в установленому законодавством України порядку та/або Страховиком з оригіналів відповідних документів у спосіб та/або в порядку, визначеному внутрішніми документами Страховика та/або Договором або;
- оформлені відповідно до чинного законодавства України;

підписані уповноваженими особами із зазначенням П.І.Б. та посади підписанта.

8.5. Документи згідно з пунктом 8.3 Умов повинні бути надані Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів після виписки зі стаціонару, якщо інше не передбачено Договором.

8.6. У разі зміни до переліку документів, зазначених у пункті 8.1, 8.3 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.

8.7. Усі документи, передбачені в пункті 8.1, 8.3 Умов, повинні бути направлені Страховику в строк, передбачений в пункті 8.2, 8.5 цих Умов.

8.8. 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.

8.9. 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 www.uniga.ua/oferta/.

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

9. Порядок організації медичної допомоги. Порядок розрахунку, умови та 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 ЛПЗ, у день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи ЛПЗ 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 ЛПЗ.

9.1.3. **Виклик лікаря додому (в офіс)** здійснюється при можливості організувати дану послугу в ЛПЗ 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 ЛПУ, яке може надавати таку допомогу.

9.2. Медична допомога Застрахованій особі надається у ЛПЗ, передбаченому Програмою.

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

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

9.4.1. ЛПЗ, 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. Застрахована особа згідно умов визначених Договором та в обсязі, передбаченому Договором, якщо внаслідок настання хвороби, її загострення або ускладнення, вона перебувала на стаціонарному лікуванні протягом строку Страхового покриття за Договором;

9.4.4. 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.

9.6.1. Якщо інше не передбачене Договором, при госпіталізації/стаціонарному лікуванні/лікуванні в умовах стаціонару Застрахованої особи внаслідок хвороби, її загострення або ускладнення протягом строку Страхового покриття стосовно Застрахованої особи за Договором, Страховик здійснює одноразову Страхову виплату (незалежно від кількості госпіталізацій відповідної Застрахованої особи протягом строку Страхового покриття) на користь Застрахованої особи у визначеному розмірі враховуючи тривалість перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, а саме:

9.6.1.1. Якщо інше не передбачене Договором, при перебуванні на стаціонарному лікуванні від 10 до 20 календарних днів, розмір Страхової виплати становить 10 000,00 (десять тисяч грн. 00 коп.);

9.6.1.2. Якщо інше не передбачене Договором, при перебуванні на стаціонарному лікуванні від 21 і більше календарних днів, розмір Страхової виплати становить 15 000,00 (п'ятнадцять тисяч грн. 00 коп.).

9.6.2. Якщо інше не передбачене Договором, при перебуванні на стаціонарному лікуванні тривалістю до 9 календарних днів включно, Страховик не здійснює одноразову Страхову виплату на користь Застрахованої особи.

9.7. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою в ЛПЗ, 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 ЛПЗ, зазначеного у Програмі, та у розмірі, що не перевищує вартість рівнозначної послуги відповідно до прейскуранту цін Розрахункового ЛПЗ (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 ЛПЗ, що діяв на дату надання послуги Застрахованій особі.

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

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

9.7.1.3. Розрахунковим ЛПЗ по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги) для Класу ЛПЗ "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 ЛПЗ є послуги, які відсутні у прейскуранті цін Розрахункового ЛПЗ, Страховик оплачує 50 (п'ятдесят) % від розміру фактичних витрат.

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

9.9. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні Страхового випадку, визначається на підставі рахунків ЛПЗ 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 (в тому числі електронною поштою) погодженням з відповідальною особою Страхувальника, 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 подовження 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 ЛПЗ, здійснюється на рахунок ЛПЗ у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеним ЛПЗ.

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 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 в ЛПЗ;

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

10.1.9. отримання допомоги та послуг в ЛПЗ, які не передбачені Договором та Програмою, без повідомлення про це Страховика;

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. отримання послуг в ЛПЗ, що не мають ліцензії 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 ЛПЗ;

10.1.14. навмисне надання Застрахованою особою неправдивих даних (скарг чи симптомів) з метою отримання допомоги та послуг, які не 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. Якщо інше не передбачене Договором, підставою для відмови Страховика у здійсненні одноразової Страхової виплати на користь Застрахованої особи при госпіталізації/стаціонарному лікуванні/лікуванні в умовах стаціонару є:

10.2.1. перебування на стаціонарному лікуванні тривалістю до 9 календарних днів включно;

10.2.2. госпіталізація Застрахованої особи протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати початку строку Страхового покриття за Договором стосовно відповідної Застрахованої особи.

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

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6. 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 12.1.4 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», останній укладається через сервіс електронного документообігу, погоджений Сторонами, та разом з Умовами та додатками до нього (за наявності), підписується кваліфікованими електронними підписами (надалі – КЕП) Сторін/уповноважених представників Сторін із кваліфікованою електронною позначкою часу. 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.

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

12.1. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, яка оформлюється в письмовій 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 письмовій (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 індивідуальні грошові ліміти за опціями Програми перераховуються пропорційно кількості днів, що залишились до закінчення дії Договору за формулою:

$Z = P / CD * DZ$, де:

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

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

CD – Загальний строк дії Договору в днях;

DZ - 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 страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним протягом поточного року страхування Страхову премію повністю. Страхові платежі на минулі роки страхування не повертаються.

12.6. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним протягом поточного року страхування Страхові платежі за Договором. 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 страхування. Страхові платежі на минулі роки страхування 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 страхування, 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

страхування, днів;

ВУВ= Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору = СПЗ × 35%, 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;

ФВВ = Фактичні Страхові виплати, здійснені за Договором, включаючи виплати за послуги, що були прогарантовані та організовані протягом поточного року страхування, 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. 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 ;

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 надавалось Страхове покриття, 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 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. на виконання вимог законодавства України з питань протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, надати інформацію та документи для здійснення належної перевірки або актуалізації даних Страхувальника/Вигодонабувача.

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 ЛПЗ, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку, існуючого в ЛПЗ, 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 Страховику 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 10.1.16 Умов, сплатити вартість такого виклику лікаря або швидкої медичної допомоги безпосередньо в ЛПЗ, 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@unika.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 ЛПЗ (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 ЛПЗ 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 ЛПЗ 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.uniqqa](https://my.uniqqa.com), 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.uniqqa](https://my.uniqqa.com), 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. Незважаючи на інші положення цього Договору, цей 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.

15.3. 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.

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

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

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

ПРОГРАМА СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

Страховим випадком за ризиком «медичне страхування» класу страхування 2 є звернення Застрахованої особи впродовж строку дії Договору до ЛПЗ 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.

Страховим випадком за ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 є розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок настання хвороби (переліку або групи (груп) хвороб, визначених Договором), загострення чи ускладнення хвороби, що призвело до госпіталізації/стаціонарного лікування/лікування в умовах стаціонару Застрахованої особи протягом строку Страхового покриття за Договором.

Клас 1 – брендові та комерційні ЛПЗ високої цінової категорії

Клас 2 – комерційні ЛПЗ середньої цінової категорії

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

Програми	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
Страхова сума за ризиком «медичне страхування» класу страхування 2, грн	235 000	160 000	135 000
Клас клінік	Рівень покриття	Рівень покриття	Рівень покриття
Клас 1	100% Провідні фахівці 70%	70% Провідні фахівці 40%	30% Провідні фахівці 10%
Клас 2	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 70%	50% Провідні фахівці 30%
Клас 3	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 70%

Опції програми за ризиком «медичне страхування» класу страхування 2

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, травм, опіків. Строк покриття страхового випадку - 30 днів з моменту першого звернення. Covid-19: діагностика та лікування згідно протоколів МОЗ/ настанов МОЗ за призначенням лікаря

Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
--------------	----------------------	-----------------	----------------------

1.1 Консультації лікарів в амбулаторних умовах	Так	Так	Так
Первинні та повторні консультації/он-лайн консультації лікарів, консультації провідних фахівців наукових інститутів та співробітників наукових кафедр (к.м.н., доцентів, професорів)			
1.2 Виклик лікаря			
Організація послуг за Програмою, а саме:	Так	Так	Так
1.2.1 Виклик лікаря до 30 км.			
Виклик лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс при неможливості за станом здоров'я відвідувати медичний заклад. Виїзд в межах 30 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні). Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію			
1.3 Діагностика інструментальна в умовах поліклініки	Так	Так	Так
Інструментальна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії за призначенням лікаря			
1.4 Діагностика лабораторна в умовах поліклініки	Так	Так	Так
Лабораторна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря			
1.5 Медичні процедури та маніпуляції	Так	Так	Так
Проведення згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (в 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)			
1.6 Медична документація	Так	Так	Так
Оформлення листків непрацездатності при зверненні в ЛПУ, які надають дану послугу та довідок у школу чи дитсадок після захворювання, якщо Застрахована особа - дитина			
1.7 Денний стаціонар	Так	Так	Так
Діагностика та лікування в умовах денного стаціонару при наявності медичних показань			
1.8 Стаціонар на дому	Так	Так	Так
Лікування в умовах стаціонару на дому при наявності медичних показань			
1.9 Вакцинація від правця та сказу	Так	Так	Так
Антирабічна та протиправцева вакцинація (за медичними показаннями)			
1.10 Гінекологія/урологія	Так	Так	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:			
1.10.1 Гінекологія/урологія - додаткове покриття	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік		

Діагностика та 1 (один) курс лікування (у т. ч. контрольна діагностика та контрольна консультація) з приводу наступних захворювань: гострих або хронічних кольпітів, цервицитів, вульвовагінітів, дисбіозів/дисбактеріозів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони не є складовою змішаної інфекції

1.11 Масаж, мануальна терапія	Так	Так	Так
--------------------------------------	-----	-----	-----

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.11.1 Масаж лікувальний або мануальна терапія	Кількість послуг/сеансів: 10 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 киля та протрузії дисків – в межах загального курсу лікування 14 календарних днів (медикаментозне лікування та масаж) з моменту призначення

1.12 Фізіотерапевтичні процедури, голко-рефлексотерапія, ЛФК	Так	Так	Так
---	-----	-----	-----

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.12.1 Фізіотерапія	Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
----------------------------	---

Апаратні методи: електролікування, світлолікування (крім лазеротерапії), інгаляції, лікування ультразвуком, за призначенням лікаря по страховому випадку

1.13 Медикаментозне забезпечення при АПД	всі клініки 100%	всі клініки 100%	всі клініки 100%
---	------------------	------------------	------------------

Забезпечення медикаментами згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ неподільним курсом до 30 днів від дати призначення лікаря, 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)

1.13.1 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

1.13.2 Пробіотики	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
--------------------------	---

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.3 Препарати для гормональної терапії	Так	Так	Так
--	-----	-----	-----

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.4 Фітопрепарати	Так	Так	Так
-----------------------------	-----	-----	-----

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.5 Гомеопатичні препарати	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
--------------------------------------	---

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.6 Хондропротектори Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.7 Гепатопротектори Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.8 Ферменти Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.13.9 Вітамінні препарати Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

За призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

2. Стаціонарна допомога

Медична допомога в умовах стаціонару. Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; забезпечення медикаментами 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). Анестезіологічна допомога; фізіотерапія, лікувальний масаж, ЛФК, кінезіотерапія, реабілітація в умовах стаціонару; розміщення в палатах підвищеного комфорту за наявності місць на момент госпіталізації; харчування, яке надається стаціонаром; перебування одного з батьків у стаціонарі із дитиною до 6-ти років, за умови що дитина застрахована. Covid-19: діагностика та лікування згідно діючих протоколів МОЗ/ настанов МОЗ за призначенням лікаря

Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
--------------	----------------------	-----------------	----------------------

2.1 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

2.2 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

3. Швидка допомога

Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
--------------	----------------------	-----------------	----------------------

Організація послуг за Програмою, а саме:	Так	Так	Так
--	-----	-----	-----

3.1 Швидка допомога в межах 30 км. всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

Цілодобовий виклик бригади швидкої допомоги в межах 30 км. Зони від адміністративної межі міста, з якого викликається бригада. Невідкладна допомога на місці виклику, діагностика та медикаментозне лікування. Транспортування в лікувальні установи з метою госпіталізації. Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Транспортування з медичного закладу додому у випадку переломів нижніх кінцівок, тазу, хребта

4. Стоматологія

Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
	Ліміт:	Ліміт:	Ні
Організація послуг за Програмою, а саме:	1 500 грн. на застраховану особу на рік	1 000 грн. на застраховану особу на рік	-

4.1 Планова та невідкладна стоматологічна допомога

Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту

всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

в межах ліміту

в межах ліміту

Ні

4.1.1 Основні стоматологічні послуги

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

всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

4.1.2 Зняття зубних відкладень

Зняття твердих та м'яких зубних відкладень, в межах встановленого ліміту

всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

4.1.3 Протезування /імплантація внаслідок НВ

Протезування (імплантація) та підготовка до нього внаслідок нещасного випадку

всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

4.1.4 Медикаментозне забезпечення

Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря стоматолога

всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

5. Додаткові опції

Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
5.1 Профілактичні опції	Так	Так	Так
Профілактика захворювань та превентивні заходи			

5.1.1 Вакцинація проти грипу

Вакцинація проти грипу проводиться одноразово в період жовтень-грудень (тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України), централізовано (виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю більше 10 осіб) або індивідуально по запити Застрахованої особи

Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

6. Критичні захворювання			
Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
Організація послуг за Програмою, а саме:			
6.1 Цукровий діабет	Ліміт по тривалості лікування: 30 днів на застраховану особу 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			
6.2 Туберкульоз	Ліміт по тривалості лікування: 30 днів на застраховану особу на рік		
	Клас 1,2: клініки 0%; провідні фахівці 0%	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0%	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0%
	Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 3: клініки 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 клініках класу 3 (державні та відомчі)			
6.3 Новоутворення	Так	Так	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:			
6.3.1 Діагностика доброякісних або злякісних новоутворень	Так	Так	Так
Первинна діагностика вперше виявлених протягом дії договору злякісних та доброякісних новоутворень до встановлення остаточного діагнозу			
7. Окремі групи захворювань			
Список опцій	Prestige (клас 1)	VIP (клас 2)	Standard (клас 3)
Організація послуг за Програмою, а саме:			
7.1 Остеохондроз або інші дорсопатії	Ліміт по тривалості лікування: 14 днів на застраховану особу на рік		
1 курс до 14 днів медикаментозного лікування з дати призначення при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили, протрузії дисків			
Страхова сума за ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2, грн	15 000	15 000	15 000
Опції програми за ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2			
8. Страхова виплата за ризиком «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2			
Організація послуг за Програмою, а саме:			

**8.1. Страхова виплата
Застрахованій особі
внаслідок
госпіталізації /
стаціонарного
лікування / лікування
в умовах стаціонару**

Так

Так

Так

Одноразова Страхова виплата на користь Застрахованої особи при госпіталізації/стаціонарному лікуванні/лікуванні в умовах стаціонару Застрахованої особи (незалежно від кількості госпіталізацій відповідної Застрахованої особи протягом строку Страхового покриття) внаслідок хвороби, її загострення або ускладнення протягом строку її Страхового покриття за Договором. При перебуванні на стаціонарному лікуванні від 10 до 20 календарних днів, розмір Страхової виплати становить 10 000,00 грн. При перебуванні на стаціонарному лікуванні від 21 і більше календарних днів, розмір Страхової виплати становить 15 000,00 грн. При перебуванні на стаціонарному лікуванні тривалістю до 9 календарних днів включно, Страховик не здійснює одноразову Страхову виплату на користь Застрахованої особи.

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



Додаток №2

До загальних умов страхового продукту
«Моє Здоров'я Плюс»

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. 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);

1.1.2. 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;

1.1.3. що прямо чи опосередковано пов'язані з:

1.1.3.1. 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;

1.1.3.2. 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;

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

1.1.3.4. 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;

1.1.3.5. 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;

1.1.3.6. 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);

1.1.4. що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф;

1.1.5. особливо небезпечні інфекції згідно чинних Наказів МОЗ України;

1.1.6. 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;

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

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 випромінення, радіоактивного забруднення, хімічного, бактеріологічного забруднення	T66, L58
1.2.2. Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекції, в т.ч. уrogenітальні хламідіоз, трихомоноз, уреаплазмоз, аногенітальна герпетична інфекція, уrogenітальний шигельоз, тощо	A 03, A50-A64, A 70-74
1.2.3. ВІЛ інфекції та СНІД	B20-B24

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://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions>.

1.2.4.	Цитомегаловірусна інфекція	B25,
1.2.5.	Герпес-вірусні інфекції (всіх типів, в т.ч. Епштейн-Бар) за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (інфекційний мононуклеоз, краснуха, вітряна віспа)	B27.1, P35.1, K77.0, J17.1
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-D89
1.2.10.	Вірусносійство, бактеріоносійство	-
1.2.11.	Алергічні захворювання, крім невідкладних станів, атопічний дерматит (нейродерміт)	L20
1.2.12.	Екзема, мікози, себорея будь-якого типу, в т.ч. себорейний дерматит, простий хронічний лишай та свербіць, дисгідроз	B00.0, B35-B49, H60.5, L20.8, L21, L23.9, L24.9, L25.9, L28, L30.1, L30.3, L30.9
1.2.13.	Папулосквамозні порушення (псоріаз, параспоріаз, пітіриаз, червоний плаский лишай та ін.)	L40- L45
1.2.14.	Онїходистрофія	L60, крім L60.0, L62
1.2.15.	Алопеція	L63-L66
1.2.16.	Вугрі (акне), розацеа	L70, L73.0
1.2.17.	Порушення пігментації шкіри, вітіліго, мозолі, тощо	L80-L81
1.2.18.	Кератодермії (в т.ч. гіперкератоз)	L82-L87
1.2.19.	Контагіозний молюск	B08.1
1.2.20.	Паразитарні захворювання (в тому числі короста, педикульоз, демодекоз), глистяні інвазії у осіб віком старше 16 років	B65-B89
1.2.21.	Гіпергідроз	R61
1.2.22.	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, G80
1.2.23.	Психічні розлади та розлади поведінки, сексуальні дисфункції	F00-F99, N48.4
1.2.24.	Демієлінізуючі захворювання, в т.ч. розсіяний склероз	G35-G37
1.2.25.	Порушення мови	R47-R48
1.2.26.	Порушення сну	G47, F51
1.2.27.	Епілепсія	G40-G41
1.2.28.	За захворювання печінки будь-якої етіології (крім вірусного гепатиту А)	K70-K77, B15-B19, крім B15.0, B15.9

1.2.29.	Контрацепція, безпліддя, планування сім'ї, відновлення та збереження функції дітонародження включно зі штучним (екстракорпоральним) заплідненням та його ускладненнями	Z30, Z31, N46, N97, N98
1.2.30.	Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.), атипові маткові кровотечі	N91-N95
1.2.31.	Системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші)	M02 – M03, M05 -M 14, M30-M36, D59.0-D59.1, E06.3
1.2.32.	Професійні захворювання, спричинені шкідливими виробничими факторами	-
1.2.33.	Захворювання, які є причиною встановлення інвалідності, їх наслідки та ускладнення	-
1.2.34.	Захворювання крові та кровотворних органів, крім залізодефіцитної анемії та анемії, зумовленої гострою крововтратою середнього і важкого ступеню	D51-D77
1.2.35.	Розлади харчування, порушення обміну речовин, ендокринні розлади	E15-E16, E15-90, окрім E06.0
1.2.36.	Есенціальна гіпертензія, хронічна ішемічна хвороба серця, нестабільна стенокардія.	I10-I15, I-25, I-20.0
1.2.37.	Функціональні розлади травлення	K 21.9, K58, K59.0, K82.8, K83,4,
1.2.38.	Халязіон	H00.1
1.2.39.	Мігрень, головний біль напруги	G43,G44,2

Страховик відшкодовує вартість первинної консультації лікаря дерматолога щодо захворювань, зазначених у пунктах 1.2.11-1.2.21 цього Переліку.

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.	Вегето-судинні дистонії, нейро-циркуляторні дистонії	F45.3, 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, J33.0, J33.1, J33.8, K62.1, K63.5.
2.6. Варикозне розширення вен будь-якої локалізації	I83, I85-I86
2.7. Геморой	I84
2.8. Хронічна венозна недостатність	I87.2
2.9. Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера)	I70, I73.1
2.10. Хвороба Рейно	I73.0
2.11. Синдром «сухого ока»	H04.1
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	H52.0, H52.1, H52.2
2.18. Астенопія	H53.1
2.19. Комп'ютерний синдром	H58.8
2.20. Хронічна ниркова недостатність	N18
2.21. 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
2.22. Доброякісні дисплазії молочної залози (в т.ч. дифузна кістозна мастопатія та інші)	N60
2.23. Мастодинія	N64.4
2.24. Незапальні хвороби жіночих статевих органів	N80- N98
2.25. Кардіосклероз	I25.1
2.26. Атеросклероз	I70, I67.2
2.27. Енцефалопатії будь-якого генезу	I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4
2.28. Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирингомієлія	G10-G13, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95
2.29. Подагра	M10

2.30. Остеоартроз, артроз, остеоартрит	M15-M19
2.31. Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т.ч. набуті деформації кінцівок	M21
2.32. Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска	M23.1-M 23.3
2.33. Сколіоз, кіфоз та лордоз	M41, M40, M96
2.34. Остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків	M42-M43, M91-M94, M50-M54
2.35. Анкілозуючий спонділоартрит	M45
2.36. Плантарний (підшовний) фасциїт (пя'ткова шпора)	M72.2
2.37. Остеопороз	M80-M83
2.38. Хвороба Крона	K50
2.39. Виразковий коліт	K51
2.40. Дисбіоз, дисбактеріоз будь-якої локалізації	K63.8, R19.8
2.41. Саркоїдоз	D86
2.42. Ревматизм	I00-I02
2.43. Кардіоміопатії	I42-I43
2.44. Бронхіальна астма	J45
2.45. Сечокам'яна хвороба	N20-N23
2.46. Дегенеративно-дистрофічні зміни органів та тканин	-

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, окрім антирабічної та протиправцевої (за медичними показаннями); 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:

**Код за АТХ (АТС)
класифікацією²**

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

3.6.1.	Гомеопатичні, в т.ч. антигомотоксичні засоби	
3.6.2.	Гормональні препарати, крім глюкокортикоїдних гормонів	H01, H05 (крім H02AB, D07)
3.6.3.	Ферменти, в т.ч. числі загальної (системної) дії, крім ферментів, що покращують травлення	B06AA, B01AD, D03B, C04AF, M09AB (крім A09A)
3.6.4.	Пробіотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги; препарати для відновлення флори	A07FA, J01XX16
3.6.5.	Противіробкові препарати	D01, J02A
3.6.6.	Засоби, що містять хондроїтин сульфат, глюкозамін, гіалуронову кислоту та їх аналоги	M01AX25, M01AX55, 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
3.6.9.	Антитромботичні засоби (антикоагулянти), окрім застосування при стаціонарному лікуванні	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
3.6.12.	Вітаміни та мінеральні комплекси (в т.ч. їх комбінації)	A1
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	
3.6.17.	Опіоїди	N02A
3.6.18.	Противіпаркінсонічні засоби	N04
3.6.19.	Засоби що застосовуються при адактивних розладах	N07B

3.7. вироби медичного призначення, 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, 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. Дія даного пункту не розповсюджується на наступні витратні матеріали: гіпсові пов'язки (в тому числі типу скотч-каст та подібні), засоби для проведення ін'єкцій, перев'язувальний та шовний матеріал;

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, 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, психоаналітика, дієтолога, сурдолога, імунолога, генетика, подолога, трихолога;

3.11. вагітність та пологи, окрім витрат при позаматковій вагітності, перериванні вагітності за медичними показаннями та матковій кровотечі;

3.12. імунограма, ліпідограма та окремі її показники, серологічна діагностика;

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

3.14. оптична та лазерна корекція зору;

3.15. 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;

3.16. косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, артроскопічні операції, тощо), операції на серці та судинах (в тому числі стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу, тощо), направлені на зміну ваги, модифікацію тіла, трансгендерний перехід (зміна статі);

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

3.18. 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 та ін.;

3.19. моральна шкода, упущена вигода, благодійні внески;

3.20. надання планової медичної допомоги в стаціонарі;

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

3.22. продовження лікування захворювань/станів/синдромів, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору, якщо відсутнє погіршення стану здоров'я Застрахованої особи на території та під час строку дії Договору;

3.23. трансплантація органів та тканин, протезування та ендпротезування, окрім трансплантації шкіри внаслідок опіків в результаті нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору;

3.24. виклик лікаря додому без медичних показань. Медичними показаннями 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 в ЛПЗ;

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.

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