





ЗМІСТ

Загальні положення. Визначення понять і термінів	2
Строк дії Договору. Порядок вступу в дію Договору	4
 Що застраховано за Договором	
• Страхова сума. Франшиза	5
• Територія дії Договору	5
 Що не покривається за Договором	
• Страхові ризики. Страхові випадки	5
• Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування	6
 Якщо стався страховий випадок	
• Порядок дій та контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку	7
 Виплата страхового відшкодування	
• Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування	8
• Порядок організації медичної допомоги. Порядок розрахунку, умови та здійснення Страхових виплат	10
• Підстави відмови у Страховій виплаті	11
Порядок укладення Договору	13
Порядок внесення змін, дострокового припинення, розірвання Договору, порядок відмови від Договору	14
Права і обов'язки сторін	15
Порядок вирішення спорів. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору	18
Додаткові умови	19
Програми страхового продукту	21
• Програма «Оптимальна»	22
• Програма «Розширена»	25
• Програма «Базова»	27
Додаток №1 – Перелік винятків зі Страхових випадків	30

1. Загальні положення. Визначення понять і термінів

1.1. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «Моє здоров'я» з кодом 1117 (надалі – Умови) є невід'ємною частиною договору медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Моє здоров'я» з кодом 1117 (надалі – Договір).

1.2. Умови затверджені Наказом № 171 від 24.12.2024 р., вступають в дію з 06.01.2025 р. та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1117_umovy_06.01.2025.pdf.

1.3. Договори за цим страховим продуктом укладаються на підставі Ліцензії, виданої Національним банком України (надалі — НБУ) (дата внесення запису 23.04.2024, що підтверджується Витягом із Державного реєстру фінансових установ), **за класом страхування 2** «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» та включають ризик в межах класу страхування — медичне страхування.

1.4. За цим страховим продуктом **Об'єктом страхування** є здоров'я Застрахованих осіб, які зазначені в п. 5 Договору (надалі - Застрахованої особи, ЗО).

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

1.6. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі:

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 загрожувати життю.

Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого виникають нові або посилюються вже наявні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

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.

Зняття гострого болю – в рамках цього Договору 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.

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 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 інших) 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.

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.

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, визначає перелік товарів та послуг, що покриваються, Франшизи, Класи ЛПЗ, що пропонуються клієнту / споживачу в рамках даного страхового продукту, визначені в даних Умовах і обираються Страхувальником при укладанні Договору. Програма обрана Страхувальником наведена у Додатку 1 до Договору.

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

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.

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 включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страховальнику або іншій особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.

Страховий платіж (Страхова премія) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страховальник 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).

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.

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 зазначається у п. 12 Договору.

2.2. Договір набирає чинності та Страхове покриття починає діяти з 00:00 годин за київським часом дати, наступної за датою зарахування на поточний рахунок Страховика Страхової премії (першої частини премії, якщо Загальна страхова премія сплачується частинами) в розмірі та у строк, які зазначені у п. 11 Договору, але не раніше 00:00 годин за київським часом дати, зазначеної у п. 12 Договору як дата початку Строку дії Договору.

2.3. Договір та Страхове покриття діє до 24:00 годин за київським часом дати, що зазначена у п. 12 Договору як дата закінчення Строку дії Договору, якщо інші обставини, передбачені п. 2.4.2 Умов та розділом 12 Умов, не призвели до дострокового припинення дії Договору.

2.4. У випадку сплати Загальної страхової премії частинами:

2.4.1. дія Страхового покриття продовжується на кожен наступний період страхування за умови сплати чергового Страхового платежу в повному обсязі за відповідний період страхування не пізніше дати, встановленої у п. 11 Договору як гранична дата строку сплати цього платежу;

2.4.2. у випадку несплати чергового Страхового платежу повністю або частково у строки, встановлені у п. 11 Договору, Страхове покриття не продовжується на наступний період страхування, при цьому:

2.4.2.1. якщо черговий Страховий платіж за наступний період страхування сплачено в повному обсязі не пізніше, ніж через 7 (сім) календарних днів з дати, встановленої у п. 11 Договору як гранична дата строку сплати чергового Страхового платежу (надалі – Період очікування), дія Страхового покриття на наступний період страхування

поновлюється з дати, наступної за датою здійснення платежу. При цьому, дата закінчення Строку дії Договору залишається незмінною;

2.4.2.2. якщо черговий Страховий платіж не сплачено в повному обсязі в Період очікування або сплачено після закінчення Періоду очікування, дія Страхового покриття не продовжується на наступний період страхування та Договір припиняє свою дію з 00:00 годин за київським часом дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування;

2.4.2.3. повернення Страхової премії, сплаченої не в повному обсязі або сплаченої після закінчення Періоду очікування, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання від Страхувальника письмової заяви про повернення Страхової премії згідно з реквізитами, зазначеними у цій заяві.

2.5. У будь-якому випадку Страховик звільняється від обов'язку щодо здійснення Страхової виплати за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті Страхової премії за Договором.

2.6. У випадку несплати Страхової премії у розмірі та в строки, що визначені в Договорі, або повернення Страхової премії Страхувальнику до строку, що вказаний в Договорі, як дата початку дії Договору, Договір вважається таким, що не набрав чинності, та у Сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким Договором.

3. Страхова сума. Франшиза

3.1. Розмір Страхової суми встановлюється за узгодженням між Страхувальником і Страховиком та зазначається за обраною Програмою на одну Застраховану особу у п. 6.2 Договору, а Загальна страхова сума за Договором вказується у п. 6.3 Договору.

3.2. Загальна страхова сума за Договором, Страхова сума за кожною Застрахованою особою є агрегатною, тобто зменшується після здійснення Страхової виплати за будь-яким ризиком на суму здійсненої Страхової виплати.

3.3. Франшиза зазначається у Програмі для кожного пункту Програми у відсотках. Розмір Франшизи в грошовому еквіваленті визначається шляхом множення відповідного відсотка на розмір Страхової виплати.

3.4. При наявності Франшизи у Програмі Застрахована особа зобов'язана самостійно сплатити в ЛПЗ відповідну частину / відповідний відсоток вартості медичної послуги або медикаментів.

3.5. 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 п. 13 Договору.

4.2. 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. 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. 5.2 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 № 1 до Умов.

5. Страхові ризики. Страхові випадки

5.1. Страховими ризиками є:

5.1.1. Гостре захворювання Застрахованої особи;

5.1.2. Загострення хронічного захворювання Застрахованої особи;

5.1.3. Розлад здоров'я внаслідок Нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою.

5.2. Страховим випадком 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**.

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

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

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

5.4.2. 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, але в будь-якому разі не довше, ніж Строк дії Договору, за винятком Страхових випадків, які потребують невідкладного 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 невідкладного стаціонарного лікування, що розпочато в період дії Договору. За Страховими випадками, невідкладне 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.

5.5. Звернення Застрахованої особи до ЛПЗ після закінчення строку дії Страхового випадку (у разі звернення до ЛПЗ у зв'язку з одним і тим же розладом здоров'я) 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.

5.6. 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.

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

6. Винятки із Страхових випадків та обмеження страхування

6.1. 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 № 1 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:

6.3.1. особи віком понад 59 років на дату укладання Договору;

6.3.2. особи з будь-якою групою інвалідності та особи з інвалідністю з дитинства;

6.3.3. особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;

6.3.4. ВІЛ-інфіковані, хворі на СНІД;

6.3.5. особи, які на дату укладання Договору перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);

6.3.6. особи, які страждають на тяжкі декомпенсовані форми захворювань серцево-судинної, ендокринної, видільної, нервової, опорно-рухової та інших систем; злякисні новоутворення в анамнезі;

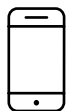
6.3.7. особи, які страждають на розлади психіки та поведінки, хворі на туберкульоз, венеричні хвороби, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію.

6.4. Договір, укладений щодо осіб, зазначених у п. 6.3 Умов, не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

7. Порядок дій та контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки 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:

- **Загальна лінія Медичного асистансу:**



+38 (097) 170 03 73 (Київстар);

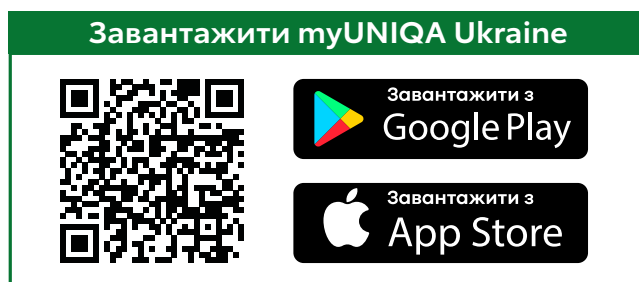
+38 (066) 170 03 73 (Vodafone);

+38 (093) 170 03 73 (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 Ukraine**.



7.1.1. 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 Застрахованої особи, колегами на роботі, знайомими або іншими особами.

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

- прізвище, ім'я та дату народження Застрахованої особи;
- номер Договору;
- 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 звернення Застрахованої особи в ЛПЗ у зв'язку зі Страховим випадком та доступний за посиланням <https://uniqa.ua/page/likuvalno-profilaktychni-zaklady-dlia-prohram-moye-zdorovia/>.

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

7.4. 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:

7.4.1. 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;

7.4.2. 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;

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

7.5. 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. Порухення 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).

7.6. 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.

8. Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування

8.1. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, для отримання Страхової виплати вона (або її представник / інша уповноважена особа, для неповнолітніх осіб – батьки Застрахованої особи) повинна надати Страховику такі документи:

8.1.1. Незалежно від типу отриманих послуг / придбаних товарів:

- заява на Страхування виплату із 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 тому числі діагностичні послуги та інші):

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

- Розрахунковий документ: 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: 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. Стационарні послуги (в тому числі діагностичні послуги та інші) для суб'єктів господарювання – юридичних осіб (ТОВ, ПП та інших):

- Розрахунковий документ: 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 інших):

- 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: 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.

8.2. 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 несвоечасним вважається подання документів у строк понад 30 (тридцять) днів після виписки зі стаціонару.

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

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

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

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

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

8.7. Документи, передбачені розділом 8 Умов, 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 вебсторінці <https://uniqa.ua/oferta/>.

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

9.1. Організація надання медичної допомоги Застрахованій особі проводиться Медичним асистансом 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. 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 день звернення. У випадку звернення після 14.00 – лікар відвідує Застраховану особу на наступний день, якщо неможливо організувати виклик в день звернення.

9.1.3. 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 із Застрахованою особою.

9.1.4. Організація послуг **невідкладної медичної допомоги** здійснюється в максимально швидкий термін, з урахуванням можливостей ЛПЗ, який 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:

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

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 неїездатної в період дії Договору, одержувачем Страхової виплати є її законні представники;

9.4.3. Інші особи згідно з чинним законодавством України.

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

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

9.7. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, в ЛПЗ, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється у розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом ЛПЗ, передбачених Програмою.

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 п. 8.1.2 Умов.

9.10. Страхова сума, 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, встановленої Договором та Програмою стосовно Застрахованої особи.

9.12. 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. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати Страховик в цей строк складає Страховий акт на підставі отриманих документів.

9.13. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику) здійснюється Страховиком упродовж **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття рішення про здійснення Страхової виплати шляхом, що зазначений у заяві на страхову виплату.

9.14. 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.

9.15. У разі продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову 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.

9.16. 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.

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

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

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 невідкладного 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. ненадання Страховику належним чином оформлених розрахункових документів, що підтверджують самостійну оплату медичних послуг та товарів медичного призначення, у разі звернення щодо відшкодування Страховиком понесених витрат;

10.1.11. отримання послуг в ЛПЗ, що не мають ліцензії на надання таких послуг;

10.1.12. отримання особою послуг з повідомленням номера договору 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 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 № 1 до Умов) та обмеженнями страхування, передбаченими Умовами;

10.1.17. власноручної відмови від отримання відшкодування;

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

10.2. Рішення про відмову у виплаті Страхового відшкодування надсилається Страхувальнику з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів із дати його прийняття.

10.3. 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.

10.4. 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 укладення 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. Для договорів, які укладаються через вебсайт Страховика (страхового посередника), клієнт повідомляє про свої потреби через заповнення відповідних форм на вебсайті, а Страховик генерує пропозицію на підставі введеної інформації.

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 поінформувати 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 страхування 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.

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.

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

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

11.8.2. Страховик на підставі отриманої через ІКС інформації від Страхувальника формує пропозицію. Пропозиція отримується Страхувальником у вигляді проекту Договору разом з Умовами у формі, що унеможлиблює зміну її змісту. Зміна умов пропозиції можлива за

запитом Страхувальника до прийняття пропозиції та здійснюється виключно шляхом направлення Страховиком нової пропозиції. Попередня пропозиція втрачає чинність.

11.8.3. Пропозиція направляється Страхувальнику через ІКС і є чинною до закінчення доби, у якій її було направлено Страхувальнику.

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

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

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

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

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

12. Порядок внесення змін, дострокового припинення, розірвання Договору, 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 у п. 15.1 Умов, не пізніше, ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати внесення змін.

12.2. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

12.2.1. закінчення Строку дії Договору;

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

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

12.2.4. 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»;

12.2.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;

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

12.2.7. 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;

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

12.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу **не пізніше як за 30 днів** до дати припинення дії Договору.

12.4. 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 35%** 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 дії Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній

повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю.

12.5. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним 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 35%** 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 дії Договору.

12.6. У випадках, коли повернення Страхових платежів відбувається з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, відповідно до п. 12.4 та п. 12.5 Умов, сума Страхового платежу до повернення розраховується за формулою:

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

СПС = Страховий платіж, який був фактично сплачений Страхувальником, в грн;

СПФ = Страховий платіж за фактичний Строк дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДФ}$, в грн, де

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

ДФ = Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним, днів;

ВУВ = Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням та виконанням Договору = $\text{СПЗ} \times 35\%$, де

СПЗ = Страхова премія за період, що залишився до закінчення дії Договору = $\text{ПЗ}/365^* \times \text{ДЗ}$, 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 дії Договору, в грн.

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

12.7. 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.

12.8. 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.

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

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

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

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

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

12.12. 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.

13. Права і 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 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;

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 п. 9.15 Умов;

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;

13.2.8. достроково припинити дію Договору згідно з Умовами;

13.2.9. вносити зміни в умови Договору в порядку, передбаченому 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 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 відносяться: відомості про вік Застрахованої особи; наявність інвалідності; про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, 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 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, і якщо Застрахована особа протягом 30 (тридцяти) календарних днів із 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. 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;

13.3.8. довести до Застрахованих осіб інформацію про їх права та обов'язки, які передбачені Договором та Умовами.

13.4. Страхувальник має право:

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

13.4.2. ініціювати внесення змін у Договір згідно з Умовами;

13.4.3. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому 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;

13.4.6. відмовитися від Договору без пояснення причин протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, крім випадків, зазначених в п. 12.10 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 випадку, що має ознаки страхового (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 Страховика інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про включення Застрахованої особи до переліку Застрахованих осіб, та/або про розмір Страхової премії за Договором, включаючи інформацію про обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання Страхового випадку та розміру можливих збитків), та протягом Строку дії Договору не пізніше ніж через 5 (п'ять) робочих днів після настання змін письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором.

До інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про

включення Застрахованої особи до переліку Застрахованих осіб, та/або про розмір Страхової премії за Договором, та/або для оцінки Страхового ризику відносяться відомості про: вік Застрахованої особи; наявність 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 п. 10.1.15 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@uniqa.ua;

13.6.3. на підставі письмового звернення до Страховика одержати інформацію про вартість рівнозначних послуг по прејскуранту цін Розрахункового ЛПЗ 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 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).

14. Порядок вирішення спорів.

Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

14.1. Споры, 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.

14.4. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за цим Договором, якщо таке невиконання чи неналежне виконання було прямим наслідком обставин непереборної сили, що виникли або вступили в силу

після укладення цього 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 цього 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. 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.UNIQA.ua, мобільного застосунку Страховика, електронних адрес Сторін, Застрахованих осіб, зазначених у Договорі, або засобу мобільного зв'язку Страхувальника, Застрахованих осіб (в тому числі через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

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

15.2. Страховик та Страхувальник заявляють та гарантують, що їхні представники, які підписали Договір, належним чином уповноважені, та документи, що підтверджують їхні повноваження, належним чином видані, та на момент підписання Договору не були змінені та/або відкликані.

15.3. Страховик є резидентом України та оподатковується на загальних підставах.

15.4. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування, укладення та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика підписанням Договору Страхувальник надає Страховику свою повну однозначну письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а також підтверджує, що отримав від Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, повну однозначну згоду на обробку Страховиком їх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) у формі, що відповідає вимогам Закону України «Про захист персональних даних» (надалі – «Закон»), протягом строку, необхідного для реалізації цілей, відповідно до яких такі персональні дані були зібрані та для яких вони оброблялися, а саме згоду:

(1) на збирання персональних даних Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, передачу та/або надання доступу до них з метою подальшої обробки третім особам (в тому числі на передачу за межі митної території України), зокрема, але не виключно, Компаніям Групи УНІКА та/або їх правонаступникам, партнерам (надалі – «Партнерам»), що надають послуги зі страхування, перестрахування та врегулювання Страхових випадків тощо: з метою (1а) укладення та супроводження Договору; (1б) з'ясування обставин Страхових випадків під час їх врегулювання (зокрема, при направленні запитів до ЛПЗ та установ, правоохоронних

органів, рятувальних служб тощо); (1в) перевірки Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів на списки осіб, включених до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності, стосовно яких застосовано міжнародні санкції та переліку осіб щодо яких застосовано санкції, прийняті Радою національної безпеки і оборони України, здійснення заходів належної перевірки клієнтів; (1г) проведення маркетингових досліджень ринку страхових послуг та дослідження рівня задоволеності клієнтів страховими послугами Страховика;

(2) на доступ до кредитної історії Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів, збір, зберігання, використання та отримання від Бюро кредитних історій інформації щодо зазначених осіб (в тому числі інформації, яка міститься в державних реєстрах та інших базах публічного користування) в порядку, визначеному Законом України «Про організацію формування та обігу кредитних історій»;

(3) на отримання інформації про послуги та/або акції Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів та отримання повідомлень будь-якими засобами зв'язку.

Страховик зберігає персональні дані Страхувальника / Застрахованих осіб / Вигодонабувачів довше, ніж це необхідно для встановлених цілей їх обробки у випадку, коли зберігання персональних даних вимагається законодавством України.

Страхувальник підтверджує, що в належній формі та у повному обсязі повідомлений та відповідним чином повідомив Застрахованих осіб та Вигодонабувачів, у разі їх призначення, про таке:

(1) їх персональні дані знаходяться за адресою місцезнаходження Страховика як володільця персональних даних та/або Партнерів;

(2) джерелом збирання персональних даних є документи, подані Страхувальником / Застрахованими особами / Вигодонабувачами, та/або документи чи інформація, отримані Страховиком під час укладення чи виконання умов Договору, в тому числі від третіх осіб або з використанням електронних баз даних;

(3) свої права відповідно до Закону.

У випадку укладення Договору Страхувальником – юридичною особою для цілей цього пункту під «Страхувальником» розуміється представник Страхувальника, який уповноважений на підписання Договору від імені Страхувальника.

15.5. Підписанням Договору Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 85-88 Закону України «Про страхування». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/initial_data/, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.

15.6. Страхувальник підтверджує, що всі Застраховані особи (у разі страхування неповнолітніх осіб – їх законні представники) повідомлені про укладення Договору на їх користь на умовах, зазначених у Договорі, надали згоду на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) згідно з Договором та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (у тому числі компетентними державними органами) на Страховика будуть звернені будь-які стягнення / пред'явлені будь-які санкції у зв'язку з тим, що Застраховані особи не були повідомлені Страхувальником про страхування за Договором та/або не надали згоди на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я), Страхувальник зобов'язується їх відшкодувати у розмірі та в порядку, як, якби Страховик сам їх відшкодував.

15.7. Відомості про отриману медичну допомогу, стан здоров'я Застрахованих осіб (діагнози, історії хвороби та інші відомості, що становлять лікарську таємницю) надаються ЛПЗ Страховику в порядку, визначеному чинним законодавством України (за відповідною згодою Застрахованої особи (законного представника неповнолітньої Застрахованої особи), яку вона надає безпосередньо ЛПЗ).

У разі, якщо Застрахована особа не надає зазначену вище згоду, а Страховик, у зв'язку із цим, не може отримати від ЛПЗ інформацію та/або документи, що визначені цим Договором для встановлення факту та/або обставин, причин, наслідків настання Страхового випадку, то відповідно, Страховик не може виконати свої зобов'язання за цим Договором стосовно

відповідної Застрахованої особи. У цьому разі жодні претензії щодо порушення Страховиком зобов'язань за Договором стосовно відповідної Застрахованої особи не приймаються до розгляду та не підлягають задоволенню, та Страховик звільняється від відповідальності за Договором стосовно Застрахованої особи, яка не надала згоду на поширення своїх даних, що становлять лікарську таємницю.

15.8. Незважаючи на інші положення цього Договору, цей Договір забезпечує Страхове покриття в тій мірі, наскільки це 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.

15.9. Відповідно до ст. 14-3 Закону України «Про рекламу» підписанням Договору Страхувальник надає учасникам Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна» свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду, а також підтверджує, що отримав повну однозначну необмежену строком письмову згоду від Вигодонабувача на розповсюдження реклами учасниками Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», в тому числі страховим посередником або іншим розповсюджувачем реклами, який діє від імені учасника Небанківської фінансової групи «УНІКА Україна», з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача. Страхувальник, Вигодонабувач мають можливість безкоштовно в будь-який час відмовитися від використання своїх даних з метою розповсюдження реклами та від отримання реклами з використанням номерів телефонів чи інших мережевих ідентифікаторів Страхувальника, Вигодонабувача відповідно шляхом звернення за телефоном Страховика, зазначеним у Договорі.

15.10. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України. Клієнт підтверджує факт добровільної передачі Страховику / страховому посереднику інформації з обмеженим доступом, в тому числі потрібної для створення електронних документів. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження інформації, що становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України. Клієнт надає дозвіл Страховику на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, в обсязі відповідно до чинного законодавства України та на використання Страховиком / страховим посередником відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом.

15.11. Дані Умови містять додаток:

- Додаток 1 - Перелік винятків зі Страхових випадків.

16. Програми страхового продукту

16.1. Страховим продуктом передбачено наступні Програми: **Базова, Розширена та Оптимальна.**

16.2. Програма обирається Страхувальником при укладанні Договору та зазначається в Договорі. Обрана Програма є однаковою для всіх осіб, застрахованих за Договором.

16.3. Класи ЛПЗ, які зазначаються в Програмах:

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.

16.4. Опис Програм, передбачених Продуктом:

Програма «Оптимальна»

Страхова сума на кожну Застраховану особу на 1 рік 150 000 грн

Список опцій за Програмою

Специфікація

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога

Ліміт на послугу загальний, грн

В межах Страхової суми, Франшиза 30%

Клас клінік

Клас 1-3

Особливості покриття

Франшиза 30%. Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку. Лабораторна та інструментальна діагностика (в тому числі КТ / МРТ) згідно протоколів МОЗ / настанов МОЗ за призначенням лікаря. Виклик лікаря-терапевта / педіатра додому при неможливості за станом здоров'я, відвідувати медичний заклад. Оформлення та ведення медичної документації (лікарняні листи) медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію. Термін ведення випадку до 30 днів

1.1. Консультації провідних фахівців комерційних клінік

Клас 1-3

В межах Страхової суми, Франшиза 30%

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. Консультації провідних фахівців в тому числі експертна діагностика (при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку) в клініках класу 1,2,3 на умовах 30% франшизи, на території клінік в години прийому (в тому числі згідно з індивідуальним розкладом лікаря). Термін ведення випадку до 30 днів.

1.2. Консультації провідних фахівців наукових інститутів та співробітників наукових кафедр (к.м.н., доцентів, професорів)

Клас 3

В межах Страхової суми, Франшиза 30%

Консультації провідних фахівців наукових інститутів та співробітників наукових кафедр (к.м.н., доцентів, професорів) клінік класу 3 при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку на умовах 30% франшизи, на території клінік в години прийому (в т.ч. згідно з індивідуальним розкладом лікаря). Термін ведення випадку до 30 днів.

1.3. Гінекологія/урологія

Клас 1-3

Кількість випадків на одну особу: 1 на рік, франшиза 30%

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. Діагностика (у тому числі 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. Термін ведення випадку до 30 днів.

1.4. Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічній допомозі

Клас 1-3

Не покривається.

2. Стаціонар

Ліміт на послугу загальний, грн

В межах страхової суми, Франшиза 0%

Клас клінік

Клас 1-3

Особливості покриття

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. При невідкладному стаціонарному лікуванні: консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; перебування та лікування у відділенні реанімації, операційній та післяопераційній палаті; анестезіологічна допомога; фізіотерапія, лікувальний масаж, ЛФК, реабілітація в умовах стаціонару; перебування одного з батьків у стаціонарі із дитиною до 6-ти років, за умови що дитина застрахована; харчування в умовах та за розкладом стаціонару. Термін ведення випадку до 30 днів.

2.1. Планова госпіталізація

Клас 1-3

Не покривається.

2.2. Госпіталізація по швидкій допомозі (невідкладна)

Клас 1-3

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. 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, розміщення в палатах підвищеного комфорту, за наявності вільних місць в медичному закладі. Термін ведення випадку до 30 днів.

2.3. Медикаментозне забезпечення при госпіталізації

Клас 1-3

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні забезпечення медикаментами та засобами для медичних процедур (шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки в тому числі типу скотчкаст, турбокаст, одноразові леза, шовний матеріал). 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.

2.3.1. Препарати для гормональної замісної терапії

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.2. Статини

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.3. Хондропротектори

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.4. Гепатопротектори

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.5. Ферменти

В межах Страхової суми, Франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

3. Невідкладна допомога

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, Франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
Особливості покриття	Виклик бригади швидкої допомоги з клінік мережі «Добробут» не передбачено. Цілодобовий виклик бригади невідкладної допомоги. Діагностика невідкладних станів. Надання невідкладної медичної допомоги. Транспортування в лікувальні установи з метою госпіталізації (транспортні витрати за межами 30-км зони від КПП / адміністративної межі Києва та обласних центрів України, сплачуються Застрахованою особою). Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Компенсація самостійно витрачених коштів за умови наявності медичних призначень та надання відповідних підтверджуючих документів Страховику.

4. Додаткові опції

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
4.1. Додаткове покриття Клас 1-3	В межах страхової суми, франшиза 0% Організація онлайн консультацій через платформу "МЕДІКІТ" при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку. Надання лікарського висновку та рекомендацій в електронному вигляді з приводу лікування захворювання. Оформлення лікарняного

листа онлайн при ГРВІ до п'яти діб захворювання без можливості подальшого продовження дії лікарняного листа. Надання електронного рецепту за результатом онлайн консультації на лікарські засоби з урахуванням правил виписування рецептів на лікарські засоби і медичні вироби згідно з чинною редакцією Наказу МОЗ №360 від 19.07.2005 р. Термін ведення випадку до 30 днів.

Програма «Розширена»

Страхова сума на кожну Застраховану особу на 1 рік 125 000 грн

Список опцій за Програмою

Специфікація

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога

Ліміт на послугу загальний, грн

В межах Страхової суми, Франшиза 30%

Клас клінік

Клас 1-3

Особливості покриття

Франшиза 30%. Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку. Термін ведення випадку до 30 днів.

1.1. Консультації провідних фахівців комерційних клінік

Клас 1-3

В межах страхової суми, франшиза 30%

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. Консультації провідних фахівців (при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку) в клініках класу 1,2,3 на умовах 30% франшизи, на території клінік в години прийому (в тому числі згідно з індивідуальним розкладом лікаря). Термін ведення випадку до 30 днів.

1.2. Консультації провідних фахівців наукових інститутів та співробітників наукових кафедр (к.м.н., доцентів, професорів)

Клас 3

В межах страхової суми, франшиза 30%

Консультації провідних фахівців наукових інститутів та співробітників наукових кафедр (к.м.н., доцентів, професорів) клінік класу 3 при гострих захворюваннях, загостренні хронічних захворювань, розладі здоров'я внаслідок нещасного випадку на умовах 30% франшизи, на території клінік в години прийому (в т.ч. згідно з індивідуальним розкладом лікаря). Термін ведення випадку до 30 днів.

1.3. Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічній допомозі

Клас 1-3

Не покривається

2. Стаціонар

Ліміт на послугу загальний, грн

В межах страхової суми, Франшиза 0%

Клас клінік

Клас 1-3

Особливості покриття

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. При невідкладному стаціонарному лікуванні: консультації лікарів-фахівців усіх профілів;

лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; перебування та лікування у відділенні реанімації, операційній та післяопераційній палаті; анестезіологічна допомога; фізіотерапія, лікувальний масаж, ЛФК, реабілітація в умовах стаціонару; перебування одного з батьків у стаціонарі із дитиною до 6-ти років за умови, що дитина застрахована; харчування в умовах та за розкладом стаціонару. Термін ведення випадку до 30 днів.

2.1. Планова госпіталізація

Клас 1-3

Не покривається.

2.2. Госпіталізація по швидкій допомозі (невідкладна)

Клас 1-3

В межах страхової суми, франшиза 0%

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. 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, розміщення в палатах підвищеного комфорту, за наявності вільних місць в медичному закладі. Термін ведення випадку до 30 днів.

2.3. Медикаментозне забезпечення при госпіталізації

Клас 1-3

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні забезпечення медикаментами та засобами для медичних процедур (шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки в тому числі типу скотчкаст, турбокаст, одноразові леза, шовний матеріал). 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.

2.3.1. Препарати для гормональної замісної терапії

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.2. Статини

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.3. Хондропротектори

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2.3.4. Гепатопротектори

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

3. Невідкладна допомога

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, Франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
Особливості покриття	Виклик бригади швидкої допомоги з клінік мережі «Добробут» не передбачено. Цілодобовий виклик бригади невідкладної допомоги. Діагностика невідкладних станів. Надання невідкладної медичної допомоги. Транспортування в лікувальні установи з метою госпіталізації (транспортні витрати за межами 30-км зони від КПП / адміністративної межі Києва та обласних центрів України, сплачуються Застрахованою особою). Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Компенсація самостійно витрачених коштів за умови наявності медичних призначень та надання відповідних підтверджуючих документів Страховику.

4. Додаткові опції

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
4.1. Додаткове покриття Клас 1-3	В межах страхової суми, франшиза 0% Організація онлайн консультацій через платформу "МЕДІKIT". Надання лікарського висновку та рекомендацій в електронному вигляді з приводу лікування захворювання. Оформлення лікарняного листа онлайн при ГРВІ до п'яти днів захворювання без можливості подальшого продовження дії лікарняного листа. Надання електронного рецепту за результатом онлайн консультації на лікарські засоби з урахуванням правил виписування рецептів на лікарські засоби і медичні вироби згідно з чинною редакцією Наказу МОЗ №360 від 19.07.2005 р. Термін ведення випадку до 30 днів.

Програма «Базова»

Страхова сума на кожну Застраховану особу на 1 рік 75 000 грн

Список опцій за Програмою

Специфікація

1. Стаціонар

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
Особливості покриття	Виклик бригади швидкої допомоги з клінік мережі «Добробут» не передбачено.

При невідкладному стаціонарному лікуванні: консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; перебування та лікування у відділенні реанімації, операційній та післяопераційній палаті; анестезіологічна допомога; фізіотерапія, лікувальний масаж, ЛФК, реабілітація в умовах стаціонару; перебування одного з батьків у стаціонарі із дитиною до 6-ти років за умови, що дитина застрахована; харчування в умовах та за розкладом стаціонару. Термін ведення випадку до 30 днів.

1.1. Планова госпіталізація

Клас 1-3

Не покривається.

1.2. Госпіталізація по швидкій допомозі (невідкладна)

Клас 1-3

В межах страхової суми, франшиза 0%

Покриття в клініках мережі «Добробут» не передбачено. 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, розміщення в палатах підвищеного комфорту, за наявності вільних місць в медичному закладі. Термін ведення випадку до 30 днів.

1.3. Медикаментозне забезпечення при госпіталізації

Клас 1-3

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні забезпечення медикаментами та засобами для медичних процедур (шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки в тому числі типу скотчкаст, турбокаст, одноразові леза, шовний матеріал). 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.

1.3.1. Препарати для гормональної замісної терапії

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.3.2. Статини

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.3.3. Хондропротектори

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.3.4. Гепатопротектори

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

В межах страхової суми, франшиза 0%

При невідкладному стаціонарному лікуванні у складі комплексного лікування за призначенням лікаря, курсом до 30 днів на кожен випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

2. Невідкладна допомога

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, Франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
Особливості покриття	Виклик бригади швидкої допомоги з клінік мережі «Добробут» не передбачено. Цілодобовий виклик бригади невідкладної допомоги. Діагностика невідкладних станів. Надання невідкладної медичної допомоги. Транспортування в лікувальні установи з метою госпіталізації (транспортні витрати за межами 30-км зони від КПП / адміністративної межі Києва та обласних центрів України, сплачуються Застрахованою особою). Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Компенсація самостійно витрачених коштів за умови наявності медичних призначень та надання відповідних підтверджуючих документів Страховику.

3. Додаткові опції

Ліміт на послугу загальний, грн	В межах страхової суми, франшиза 0%
Клас клінік	Клас 1-3
3.1. Додаткове покриття Клас 1-3	В межах страхової суми, франшиза 0% Організація онлайн консультацій через платформу "МЕДІKIT". Надання лікарського висновку та рекомендацій в електронному вигляді з приводу лікування захворювання. Оформлення лікарняного листа онлайн при ГРВІ до п'яти днів захворювання без можливості подальшого продовження дії лікарняного листа. Надання електронного рецепту за результатом онлайн консультації на лікарські засоби з урахуванням правил виписування рецептів на лікарські засоби і медичні вироби згідно з чинною редакцією Наказу МОЗ №360 від 19.07.2005 р. Термін ведення випадку до 30 днів.

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 у Програмі та у цьому Переліку, пріоритет у застосуванні мають умови Програми.

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

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

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

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

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

1.1.4. що прямо чи опосередковано пов'язані з:

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

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

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

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

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

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

1.1.5. що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф;

1.1.6. особливо небезпечні інфекції згідно з чинними Наказами МОЗ України;

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

1.2. За кодом МКХ-10:

Назва	Код за МКХ-10 ¹
1.2.1. Радіаційні ураження (променева хвороба) та інші захворювання і наслідки дії радіації та іонізуючого випромінення, радіоактивного забруднення, хімічного, бактеріологічного забруднення	T66, L58, L59
1.2.2. Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекції, в т. ч. уrogenітальні хламідіоз, трихомоноз, уреapлазмоз, аногенітальна герпетична інфекція тощо	A50-A64, A 70-74
1.2.3. ВІЛ інфекції та СНІД	B20-B24
1.2.4. Цитомегаловірусна інфекція	B25
1.2.5. Герпес-вірусні інфекції (всіх типів, в т. ч. Епштейн-Бар)	P35.1, K77.0, J17.1, B00.0, B00.1, B00.2, B00.5, B00.8, B00.9
1.2.6. TORCH-інфекції	B58, P35, P37.1
1.2.7. Гарднерельоз	B96, N76
1.2.8. Папіломовірусна інфекція	B97.7, B 07
1.2.9. Різні імунodefіцити	D80 -D85, D89
1.2.10. Вірусносійство, бактеріоносійство	Z21- Z22
1.2.11. Алергічні захворювання, atopічний дерматит (нейродерміт)	L20, L23, L50.0, L56.1, J30.1-J30.4, H10.1
1.2.12. Екзема, мікози, себорея будь-якого типу, в т. ч. себорейний дерматит, простий хронічний лишай та свербіць, дисгідрози, дерматити	B00.0, B35-B49, H60.5, H62.2, L21, L24-L25, L27.2-L30, L74-L75
1.2.13. Кропивниця та еритема	L50.1 -L51.0, L51.9 -L54, L56.0, L56.2-L56.4
1.2.14. Папулосквамозні порушення (псоріаз, парапсоріаз, пітіріази, червоний плаский лишай та ін.)	L40- L45
1.2.15. Оніходистрофія, зміни нігтя	L60, L62

¹МКХ-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>.

1.2.16. Вугрі (акне), розацеа	L70-L71, L73.0-L73.1, L73.8-L73.9
1.2.17. Порушення пігментації та росту: шкіри та волосся (алопеція, гіпертрихоз, кератодермії); вітіліго, мозолі тощо	L57, L63-L68, L80-L82, L89-L99
1.2.18. Контагіозний молюск	B08.1
1.2.19. Паразитарні захворювання (в тому числі короста, педикульоз, демодекоз), глистяні інвазії у осіб віком старше 16 років	A06-A07, B65-B89
1.2.20. Гіпергідроз	R61
1.2.21. Вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, в т. ч. отримані під час пологів, спадкові та генетичні захворювання, деформації та хромосомні порушення	Q00-Q99, G11, G80. G60, N07, K90.0, E75.2, E84
1.2.22. Психічні розлади та розлади поведінки, психоневрози, невротичні розлади, сексуальні дисфункції	F00-F99
1.2.23. Демієлінізуючі захворювання, в т. ч. розсіяний склероз	G35-G37
1.2.24. Порушення мови	R47-R48
1.2.25. Порушення сну	G47, F51
1.2.26. Епілепсія	G40-G41
1.2.27. Захворювання печінки будь-якої етіології: синдром Жильбера, вірусні гепатити В, С, D, Е, мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, стеатоз печінки, цироз печінки тощо	K70-K77, B16-B19, E80.4, E83.0
1.2.28. Контрацепція, безпліддя, планування сім'ї, відновлення та збереження функції дітонародження включно зі штучним (екстракорпоральним) заплідненням та його ускладненнями	Z30, Z31, N46, N48.3, N48.4, N97, N98
1.2.29. Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.), атипові маткові кровотечі, що не супроводжуються значною та різкою крововтратою	N91-N95
1.2.30. Системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші)	M02 – M03, M05 -M 14, M30-M36, M94.1 D59.0-D59.1, D68.6 E06.3, E05.0, E27.1 E31.0,G61, R76.2, L93, N08.2, N08.5, N16.2, N16.4

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

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

Назва	Код за МКХ-10
2.1. Вегето-судинні дистонії, нейроциркуляторні дистонії	G90.8-G90.9
2.2. Цукровий діабет	E10-E14
2.3. Туберкульоз	A15-A19
2.4. Злоякісні новоутворення, новоутворення невизначеного або невідомого характеру	C00-C97, D00-D09 D37-D48
2.5. Доброякісні новоутворення та кістозні, поліпозні утворення будь якої локалізації	D10-D36, D17.0-D17.3, M67.4, M71.2, M71.3, J33, J34.4, K62.0, K62.1, K63.5, K86.2, K86.3, L72.
2.6. Варикозне розширення вен будь-якої локалізації	I83, I85-I86
2.7. Геморой	K64
2.8. Хронічна венозна недостатність	I87.2

2.9. Облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера)	I73.1
2.10. Хвороба Рейно	I73.0
2.11. Синдром «сухого ока», Комп'ютерний синдром	H04.1, H58.8
2.12. Кератоконус	H18.6.
2.13. Катаракта	H25-H26, H28
2.14. Захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.)	H30-H36
2.15. Глаукома	H40-H42
2.16. Косоокість	H49-H51
2.17. Далекозорість (гіперметропія), короткозорість (міопія), астигматизм	H52
2.18. Астенопія	H53.1
2.19. Хронічна ниркова недостатність	N18
2.20. Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудники якої перелічені в пп. 1.2.2, 1.2.4	N34, N41, N48.1, N72, N76
2.21. Доброякісні дисплазії молочної залози (в т. ч. дифузна кістозна мастопатія та інші)	N60
2.22. Мастодинія	N64.4
2.23. Незапальні хвороби жіночих статевих органів	N80- N98
2.24. Кардіосклероз	I25.1
2.25. Атеросклероз	I70, I67.2
2.26. Енцефалопатії будь-якого генезу	I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4
2.27. Дегенеративні захворювання нервової системи (в т. ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирингомієлія	G10-G14, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95
2.28. Подагра	M10, M14.0
2.29. Остеоартроз, артроз, остеоартрит	M15-M19

2.30. Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т. ч. набуті деформації кінцівок	M21
2.31. Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска	M23.1-M 23.3
2.32. Сколіоз, кіфоз та лордоз	M41, M40, M96
2.33. Остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кири та протрузії дисків	M42-M43, M47, M91-M94, M50-M54
2.34. Анкілозуючий спонділоартрит	M45
2.35. Фібропластичні порушення в т. ч. плантарний (підшовний) фасциїт (пяткова шпора)	M72
2.36. Остеопороз	M80-M83
2.37. Хвороба Крона. Виразковий коліт	K50, K51
2.38. Дисбіоз, дисбактеріоз будь-якої локалізації	K63.8, R19.8
2.39. Саркоїдоз	D86
2.40. Ревматизм (ревматична лихоманка)	I00-I02, I05-I09
2.41. Кардіоміопатії	I42-I43
2.42. Бронхіальна астма	J45
2.43. Сечокам'яна хвороба	N20-N23
2.44. Дегенеративно-дистрофічні зміни органів та тканин	M22.4, M24.5, M24.6, M25.7 M65.2, M71.4 M94.2, M94.3, M75.0-M75.3, M77. M92.5 M93.1, M94.0

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

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

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

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

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

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

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

Назва	Код за АТХ (АТС)-класифікацією ²
3.6.1. Гомеопатичні, в т. ч. антигомотоксичні засоби	-
3.6.2. Гормональні препарати в т. ч. ВМС	H01, H03-H05, G02B, G03
3.6.3. Ферменти, в т. ч. числі загальної (системної) дії	B06AA, B01AD, D03B, C04AF, M09AB
3.6.4. Пробиотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги; препарати для відновлення флори	A07F, J01XX16
3.6.5. Протигрибкові препарати	D01, J02A
3.6.6. Засоби, що містять хондроїтин сульфат, глюкозамін, гіалуронову кислоту та їх аналоги	M01AX, M09
3.6.7. Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток (в т. ч. бісфосфонати)	M05B
3.6.8. Гепатотропні та жовчогінні препарати	A05, A16AA02
3.6.9. Антитромботичні засоби (антикоагулянти)	B01
3.6.10. Гіполіпідемічні засоби (в т. ч. статини)	C10
3.6.11. Препарати, які коригують процеси імунітету (імуномодулятори, імунокоректори), препарати для терапевтичної вакцинації / імунотерапії (бронхо-ваксом, бронхомунал, рибомуніл, ІРС19) тощо	L03, L04, R07AX, G04B X
3.6.12. Вітаміни та мінеральні комплекси (в т. ч. їх комбінації)	A11-A12, B03B A01, B03B B01
3.6.13. Тканинні препарати, біостимулятори (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо - солкосерил, актовегін, церебралізін, церегін, цереброкурін та ін.)	L03, D11AX, B06AB, N06BX, A16AX19
3.6.14. Психотропні (в т. ч. снодійні, седативні, психостимулюючі, ноотропні препарати, тощо)	N05, N06
3.6.15. Кровозамінники та препарати крові	B05, B06
3.6.16. Ангіопротектори, венотоніки, капіляростабілізуючі препарати	C04-C05, D11A X01
3.6.17. Опіоїди	N02A
3.6.18. Протипаркінсонічні засоби	N04
3.6.19. Засоби що застосовуються при адиктивних розладах	N07B

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

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

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

3.9. лікарські засоби, товари медичного призначення, медичні послуги, призначені з метою профілактики, необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення рецидивів і ускладнень; профілактичні послуги, санаторно-курортне лікування, заняття в басейні чи на тренажерах; медичні та профілактичні огляди, в тому числі для отримання дозволів на керування транспортним засобом, володіння зброєю, для вступу у навчальні/дошкільні заклади; оформлення документації для МСЕК, встановлення інвалідності, стійкої втрати працездатності, ВЛК, оформлення документації, що не відноситься до Страхового випадку; послуги з медичної реабілітації, в тому числі комплекс психологічних, педагогічних, професійних та юридичних заходів;

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

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

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

3.13. імунограма, ліпідограма та окремі її показники;

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

3.15. оптична та лазерна корекція зору;

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

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

3.18. транспортні витрати, починаючи від 31 км. від адміністративно-територіального кордону міста (крім витрат на транспортування Застрахованої особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні, 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;

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

- 3.20.** моральна шкода, упущена вигода, благодійні внески;
- 3.21.** надання планової медичної допомоги в стаціонарі;
- 3.22.** сплата за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків Застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 повних років;
- 3.23.** трансплантація органів та тканин, протезування та ендопротезування;
- 3.24.** виклик лікаря додому без медичних показань. Медичними 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;
- 3.26.** Невиконання призначень лікаря, недотримання призначеного лікування, несвоєчасне (менш ніж за одну годину) повідомлення Страховика про відміну планової послуги (консультації лікаря в поліклініці або на дому, амбулаторне обстеження).