

1. Загальні положення. Визначення понять та термінів.

1.1. Ці Загальні умови стандартного страхового продукту «Моє здоров'я» з кодом 1118 (надалі – Умови) є публічною частиною договору медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Моє здоров'я» з кодом 1118, код клієнта: 737, який укладається шляхом приєднання.

1.2. Ці Умови затверджені Наказом № 143 від 17.12.2025 року, вступають в дію з 01.01.2026 року та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1118_umovu_01.01.2026.pdf.

1.3. Ці Умови є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «УНІКА» (надалі – Страховик), що адресується фізичним дієздатним особам без інвалідності, які є співробітниками (або родичами першої лінії спорідненості співробітника) ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» (надалі – Клієнти або Страхувальники), укласти із Страховиком договір медичного страхування за страховим продуктом «Моє здоров'я» з кодом 1118, код клієнта: 737 (надалі – Договір), на користь себе, а також членів своєї родини, а саме: осіб, які перебувають з ними в зареєстрованому шлюбі, дітей (в тому числі всиновлених) та батьків.

1.4. Договір складається з цих Умов (Публічної частини Договору) та Заяви-приєднання (Індивідуальної частини Договору) (надалі – Акцепт), підписанням якої Страхувальник приєднується до Договору в цілому. Обрана Програма страхового продукту, персональні дані Страхувальника та Застрахованих осіб, обрані страхова сума, ліміти відповідальності, страховий тариф, страховий платіж, строк дії Договору визначаються Страхувальником під час укладення Договору в Акцепті.

1.5. Договори 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.

1.6. Предметом Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

1.7. Об'єктом страхування є здоров'я Застрахованих осіб.

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

1.9. 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.

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

Екстрена госпіталізація – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю та потребує надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3-12 годин. Перелік станів, за яких відбувається екстрена госпіталізація зазначений у Додатку 1 до Комплексної програми медичного страхування (Програма - Додаток № 1 до Умов).

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. За Договором термін «Застрахована особа» охоплює фізичних осіб, зазначених у п.4 Акцепту, здоров'я яких є об'єктом страхування.

Зняття гострого болю – заходи, спрямовані на процес полегшення інтенсивного болю, який виникає раптово і часто є короткочасним, але дуже інтенсивним, надається за кожним Договором в обсязі забезпечення препаратами зі знеболювальною дією протягом 5 (п'яти) календарних днів на один випадок.

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

Код клієнта – унікальний код, що присвоюється клієнтам (групам клієнтів), що страхуються відповідно до цих Умов та розглядаються Страховиком як група Страхувальників.

Корпоративний ліміт – об'єднаний агрегатний ліміт, що розповсюджується на всіх співробітників ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом», застрахованих за договорами медичного страхування з аналогічним кодом клієнта.

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

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 цими Умовами.

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

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

Нещасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних та ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та/або загибелі (смерті) та спричинила необхідність отримання медичної допомоги в профільному закладі не пізніше 72 годин з моменту, як відбулась. До зовнішніх факторів відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо, та спричинила необхідність отримання медичної допомоги в профільному ЛПЗ не пізніше 24 годин з моменту, як відбулась.

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

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

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

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

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

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

Програма – програма страхового продукту, що є Додатком №1 до Умов, що визначає умови Страхового захисту, а саме: перелік товарів та послуг, що покриваються, Франшизи, Класи ЛПЗ. Програма, відповідно до якої укладається Договір стосовно окремої Застрахованої особи серед всіх Програм, які зазначені у Додатку № 1 до Умов, вказується в п. 7 Акцепту.

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

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

Розрахунковий ЛПЗ – багатопрофільний ЛПЗ, який має договірні відносини із Страховиком та за тарифами якого здійснюється розрахунок розміру Страхової виплати Застрахованим особам при самостійній оплаті Застрахованими особами медичної допомоги, медикаментів, послуг та наданні Страховику документів для отримання страхового відшкодування згідно розділу 9 Умов, та зазначений у відповідній Програмі. Розрахунок розміру страхового

відшкодування здійснюється за тарифами, зафіксованими Страховиком у преїскуранті цін Розрахункового ЛПЗ, що діяв на дату набрання чинності цими Умовами, а саме послуг, які були надані Застрахованій особі.

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

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

Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до цих Умов.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до цих Умов 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 Страхувальнику або іншій особі, визначеній в Договорі або відповідно до законодавства. Строк дії Страхового випадку обмежується згідно з умовами Договору.

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

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

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

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

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

Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА». Код ЄДРПОУ – 20033533, адреса місцезнаходження Страховика: 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В», внесено до Реєстру фінансових установ розпорядженням Держфінпослуг №1224 від 24.06.2004 р., реєстраційний номер 11100836. Контактний телефон Центру підтримки клієнтів: +38 (044) 225 60 00; +38 (066) 170 03 73 (Vodafone); +38 (097) 170 03 73 (Київстар); +38 (093) 170 03 73 (Lifecell).

Страхувальник – дієздатна фізична особа без інвалідності, яка є співробітником ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» та уклала Договір шляхом приєднання.

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 цих Умов.

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

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

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

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з цими Умовами.

2. Строк дії Умов та Договору. Порядок вступу в дію Договору. Порядок сплати страхового платежу.

2.1. Ці Умови набирають чинності з 01.01.2026 року та діють до 31.12.2026 року. Договір може бути укладено в межах строку дії цих Умов та не більше ніж на 1 (один) рік. Дата закінчення періоду страхування стосовно будь-якої Застрахованої особи не може перевищувати дату закінчення дії цих Умов. Якщо до завершення строку дії цих Умов залишається менше 30 (тридцяти) календарних днів, Договір не укладається.

2.2. Договір набирає чинності та строк Страхового покриття починає діяти з 00.00 годин за київським часом дати, що зазначена у пункті 10 Акцепту як дата початку строку дії Договору.

2.3. Договір та строк Страхового покриття діє до 24.00 годин за київським часом дати, що зазначена у пункті 10 Акцепту як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини передбачені розділом 12 Умов, не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов щодо сплати Страхового платежу.

2.4. У випадку несплати Страхового платежу (першої або чергової частини Страхового платежу, якщо загальний Страховий платіж сплачується частинами) повністю або частково у термін, що зазначений у п. 9.4 Акцепту, гранична дата сплати Страхового платежу (відповідної частини Страхового платежу) переноситься на 7 (сім) календарних днів. При цьому строк Страхового покриття за Договором зупиняється з 00 годин за київським часом наступного дня після граничної дати сплати Страхового платежу з урахуванням такого перенесення.

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

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

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

2.8. Страховий платіж сплачується Страхувальником 1 (один) раз на рік в термін, зазначений Акцепті. Період страхування складає 1 (один) рік. Датою оплати Страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

2.9. Для особи, яка приймається на страхування протягом строку дії цих Умов, страховий платіж та всі індивідуальні грошові ліміти за окремими опціями Програми перераховуються пропорційно кількості днів, що залишились до завершення дії цих Умов. Перерахунок підлягають ліміти за опціями, що містять індивідуальний грошовий ліміт, вказані в Додатку № 1 до Умов. Перерахунок здійснюється за формулою:

$Z = P / CD * DZ$, де:

Z – страховий платіж/ліміт на період, що залишився до закінчення дії цих Умов;

P – страховий платіж/ліміт на весь строк дії цих Умов;

CD – Загальний строк дії цих Умов в днях;

DZ - Кількість днів, що залишились до закінчення дії цих Умов в днях.

2.10. Можливість продовження строку дії Договору, укладеного протягом строку дії цих Умов, не передбачена.

3. Страхова сума. Страховий платіж за Програмами. Франшиза

3.1. Страхові суми та платежі за Програмами на весь строк дії Договору:

№	Назва програми	Страхова сума, грн.	Страховий платіж, грн.
3.1.1.	Програма 1 "А+" (17-59 років)	310 000	15 077
3.1.2.	Програма 2 "А+" (60-70 років)	310 000	22 617
3.1.3.	Програма 3 "В+" (60-70 років)	310 000	15 077
3.1.4.	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	250 000	18 461
3.1.5.	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)	250 000	36 920
3.1.6.	Програма 6 Діти "А" (до 1 року)	250 000	45 629
3.1.7.	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)	250 000	39 927
3.1.8.	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	250 000	31 122
3.1.9.	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)	250 000	21 705
3.1.10.	Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів	310 000	25 077

3.2. В межах Страхової суми встановлюється Ліміт відповідальності Страховика (надалі – Ліміт), який визначає межу Страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані Застрахованою особою при настанні Страхового випадку, та зазначається у відповідній Програмі.

3.3. Страхова сума за кожною Застрахованою особою та Ліміти є агрегатними, тобто зменшуються після здійснення Страхової виплати за будь-яким ризиком на суму здійсненої Страхової виплати.

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

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

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

4. Територія дії Договору

4.1. Територія дії Договору – Україна.

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 та (або) зіткнення.

4.3. Страховий захист на території України (крім зазначеної в п. 4.2 Умов), на якій ведуться воєнні дії та (або) бойові будь-якого характеру, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права, надається за страховими випадками визначеними в п. 5.2 Умов, які

не мають причинно-наслідкового зв'язку із війною, воєнними, бойовими діями або воєнними конфліктами та будь – якими способами, методами її/їх ведення з урахуванням винятків із Страхових випадків, передбачених Додатком № 2 до Умов.

5. Страхові ризики. Страхові випадки

5.1. Страховими ризиками є:

- 5.1.1. Гостре захворювання Застрахованої особи;
- 5.1.2. Загостренням хронічного захворювання Застрахованої особи;
- 5.1.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, що стався з Застрахованою особою;
- 5.1.4. інші розлади здоров'я та /або випадки, передбачені Програмою.

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

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

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

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

- 5.5.1. закінчення строку дії Страхового випадку;
- 5.5.2. якщо за медичними показаннями (показниками) зникає необхідність подальшого надання Застрахованій особі медичної допомоги з приводу такого звернення або одужання, ремісії, якщо умовами Договору не передбачені інші обмеження;
- 5.5.3. якщо дата першого звернення до ЛПЗ за амбулаторною допомогою була пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до закінчення строку дії Договору, Страховий випадок вважається таким, що закінчився на дату закінчення строку дії Договору;
- 5.5.4. при стаціонарному лікуванні за Страховим випадком, який був розпочатий пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до закінчення строку дії Договору, Страховик оплачує витрати на лікування за період не довше, ніж 10 (десять) календарних днів після закінчення строку дії Договору.

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

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

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 №2 до 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: особи яким на дату укладення Договору виповнився 71 рік або особи з інвалідністю 1, 2 груп та особи з інвалідністю з дитинства. В

разі неповідомлення Страхувальником про наявність групи інвалідності у Застрахованій особі до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованій особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованій особи.

6.4. Протягом першого місяця з дати укладання Договору зі співробітником ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом», на страхування можуть бути прийняті його родичі першого ступеня спорідненості віком від 17 до 59 років (чоловік, дружина, діти до 17 років), згідно з цими Умовами. Батько, мати, діти (від 0 до 17 років) співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» можуть бути прийняті на страхування за програмами для родичів з урахуванням віку та наданням свідоцтва про народження (для дітей). Страхування родича першої лінії спорідненості співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» віком від 60 років можливе при наданні заяви-анкети на страхування. Родичі першої лінії спорідненості співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» віком понад 65 років на страхування не приймаються.

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

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

- **Загальна лінія Медичного асистансу:**
+38 (096) 170 03 72 (Київстар)
+38 (050) 170 03 72 (Vodafone)
+38 (093) 170 03 72 (Lifecell)
- **Для виклику невідкладної допомоги:**
+38 (067) 464 56 22
- **Telegram, Viber, Messenger** чат через публік-акаунт **UNIQAua** (перехід та підключення з віджету на сайті <https://uniqua.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 Застрахованій особи може бути здійснено членами сім'ї ЗО, колегами на роботі, знайомими або іншими особами.

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

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

та слідувати інструкціям та рекомендаціям Страховика. Співробітник Медичного асистансу Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в профільний ЛПЗ надає необхідну інформаційну підтримку тощо. Підбір ЛПЗ відноситься до компетенції співробітника Медичного асистансу 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 набрання чинності Умовами. Перелік ЛПЗ з зазначенням дати набуття чинності з зазначенням класів доступний за посиланням <https://uniqa.ua/page/perechen-lechebno-profylaktycheskykh-uchrezdenyy/> та доводиться до відома Страхувальника і Застрахованих осіб.

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

7.4. Застрахована особа має право **самостійно звернутися до ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком** та/або право самостійно оплатити вартість медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких ЛПЗ **виключно у випадку** відсутності можливості у Страховика організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми протягом 8 (восьми) годин з моменту реєстрації звернення Застрахованої особи до Медичного асистансу з урахуванням режиму роботи ЛПЗ, що має договірні відносини із Страховиком та в якому Страховик організовує надання послуг Застрахованій особі (окрім випадку, передбаченого п. 7.5 Умов). У такому випадку Застрахована особа повинна:

7.4.1. звернутися до Медичного асистансу Страховика та проінформувати про власну згоду на самостійну оплату попередньо узгодженої Страховиком медичної допомоги/послуги;

7.4.2. якщо за результатами самостійного звернення до ЛПЗ 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 та з урахуванням п. 7.4 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. Порушення строків повідомлення допускається лише при наявності обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), які не залежать від волі Застрахованої особи (непритомний стан, неможливість зв'язку з Медичним асистансом тощо).

7.6. У разі самостійного звернення до ЛПЗ та/або самостійної плати вартості медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких ЛПЗ, крім випадків, що передбачені пунктами 7.4, 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, та з урахуванням умов п. 7.4 Умов, 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 страхову виплату з зазначенням способу отримання коштів;

- копія паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з відміткою про реєстрацію місця проживання, а також 3 - 6 сторінки - при внесених змінах (вклеєне фото по досягненню віку)) або ID картки (з обох сторін) та довідки про реєстрацію місця проживання - паперовий додаток до ID-картки;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків або ідентифікаційного індивідуального податкового номера.

8.1.2. В залежності від характеру самостійно сплачених послуг:

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

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

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

- 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 ін.):

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

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

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

8.1.2.4. Стоматологічні послуги:

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

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт, завірений оригінальною печаткою установи.

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

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція до прибутково-касового ордера, квитанція банку про оплату або товарний чек;
- Акт виконаних робіт, завірений оригінальною круглою печаткою фізичної особи (при її наявності).

8.1.2.5. Пологи (отримання коштів за фактом пологів):

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

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

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

- Розрахунковий документ: фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- Акт виконаних робіт на оздоровчі (лікувально-оздоровчі) послуги, завірений оригінальною печаткою установи;

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

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

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

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

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

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

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

8.2. Документи згідно з пунктом 8.1 Умов повинні бути надані Страховику **не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати оплати** медичних послуг або лікарських засобів, крім випадків стаціонарного лікування, коли несвоєчасним вважається подання документів у строк понад 30 (тридцять) днів після виписки зі стаціонару.

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

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

8.4. У разі зміни до переліку документів, зазначених у пункті 8.1 Умов, у зв'язку із змінами чинного законодавства України, нормативно-правових актів, інструкцій, наказів, розпоряджень МОЗ, вимог до бухгалтерського обліку, Страховик та Страхувальник

приймають такі зміни беззастережно та такі зміни не оформлюються шляхом підписання додаткових угод до Договору.

8.5. Усі документи, передбачені в пункті 8.1 Умов, повинні бути направлені Страховику в строк, передбачений в пункті 8.2 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 вебсайті <https://uniga.ua/oferta/>.

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

9.1. Організація надання медичної допомоги Застрахованій особі проводиться Медичним аси́стансом Страховика 24 години на добу згідно з Протоколами МОЗ України, а також Настановами, Наказами МОЗ України, у т. ч. розміщеними на сайтах: <https://likicontrol.com.ua/>, <http://www.drlz.com.ua/>, <https://compendium.com.ua/>, <https://www.dec.gov.ua/>, <https://moz.gov.ua/>.

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

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

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

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

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

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

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

9.4. Одержувачами Страхової виплати (Вигодонабувачами) за Договором можуть бути:

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

9.4.2. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги та з урахуванням умов п. 7.4 Умов. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого чинним законодавством порядку. Якщо Застрахована особа набула статус недієздатної в період дії даного Договору, одержувачем Страхової виплати є її законні представники;

9.4.3. Інші особи згідно з чинним законодавством України.

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

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

9.7. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою в ЛПЗ, з яким у Страховика відсутні договірні відносини на момент отримання цих послуг з урахуванням умов п. 7.4 Умов, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється згідно з умовами Програми в межах тарифів розрахункового ЛПЗ, зазначеного у Програмі, та у розмірі, що не перевищує вартість рівнозначної послуги відповідно до прейскуранту цін Розрахункового ЛПЗ та в будь-якому випадку не перевищує розміру фактичних витрат.

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

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

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

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

9.7.1.4. Розрахунковим ЛПЗ по стоматологічній допомозі є ТОВ "ДРІМ ДЕНТ" (брендова назва "Astra Dent").

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

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

9.8. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою з урахуванням умов п. 7.4 Умов 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 пункту 8.1.2 Умов.

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

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

- 9.12.** Організація послуг з Корпоративного ліміту (якщо такий Ліміт передбачено Програмою) здійснюється за письмовим (в тому числі електронною поштою) погодженням з ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом».
- 9.13. Рішення** про здійснення Страхової виплати, продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком **протягом 10 (десяти) робочих днів** з моменту отримання документів, зазначених у пункті 8.1 Умов. У разі прийняття рішення про здійснення Страхової виплати Страховик, в цей строк складає Страховий акт на підставі отриманих документів.
- 9.14. Страхова виплата** Застрахованій особі (її законному представнику) здійснюється Страховиком упродовж **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття рішення про здійснення Страхової виплати шляхом, зазначеним у Заяві на страхову виплату.
- 9.15.** Якщо неможливо визначити обставини, причини Страхового випадку і розмір Страхової виплати на підставі отриманих документів, Страховик подовжує строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин Страхового випадку і розміру Страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 30 (тридцять) робочих днів з дня отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні Страхової виплати.
- 9.16.** У разі продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні Страхової виплати, Страховик інформує Застраховану особу письмово з обґрунтуванням причин подовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні Страхової виплати **протягом 5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття відповідного рішення.
- 9.17.** Страхова виплата, що здійснюється шляхом оплати вартості медичної послуги ЛПЗ, здійснюється на рахунок ЛПЗ у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеним ЛПЗ.
- 9.18.** Днем здійснення Страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення Страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.
- 9.19.** Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

10. Підстави відмови у Страховій виплаті

- 10.1.** Підставою для відмови Страховика у виплаті Страхового відшкодування є:
- 10.1.1.** навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;
- 10.1.2.** вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного кримінального правопорушення, що призвело до Страхового випадку;
- 10.1.3.** подання Страхувальником або Застрахованою особою неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання Страхового випадку;
- 10.1.4.** порушення Страхувальником або Застрахованою особою зобов'язання протягом строку дії Договору письмово повідомляти Страховика в строк, передбачений Договором, про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором;
- 10.1.5.** одержання Страхувальником або Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, Страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;
- 10.1.6.** несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою (відповідно до розділу 7 Умов) про настання Страхового випадку без поважних причин, несвоєчасне надання документів на Страхову виплату (понад 30 (тридцять) календарних днів з дати оплати послуг) крім випадків стаціонарного лікування, коли несвоєчасним вважається подання документів у строк понад 30 (тридцять) днів після виписки зі

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

10.1.7. порушення Застрахованою особою порядку обслуговування, встановленого Умовами (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 передбачені Договором та Програмою, без повідомлення про це Страховика в порядку, передбаченому Умовами ;

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

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

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

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

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

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

10.1.16. наявність обставин, які є винятками із Страхових випадків (Додаток №2 до Умов) та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;

10.1.17. власноручної відмови від отримання відшкодування;

10.1.18. самостійне Планове звернення Застрахованої особи до ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, та/або самостійна оплата вартості медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких ЛПЗ при Плановому самостійному зверненні;

10.1.19. 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. Технологія (порядок) укладення та підписання Договору. Місце укладення Договору

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

11.2. Перед укладенням Договору страхування Страховик зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, про Страховика з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

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

11.4. При укладенні Договору страхування Страховик має право провести оцінку ступеня страхового ризику та прийняти рішення про укладення Договору за результатами оцінки ступеня ризику, включаючи наявну у Страховика історію страхування, в тому числі вимагати від Страхувальника 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.

11.7. Договір укладається шляхом приєднання та складається з цих Умов (Публічної частини Договору), що розміщена на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1118_umovy_01.01.2026.pdf та Заяви-приєднання (Індивідуальної частини Договору) за формою, передбаченою Додатком № 3 до Умов, підписанням якої Страхувальник приєднується до Договору в цілому.

11.8. Індивідуальна частина Договору укладається в паперовій формі в двох примірниках по одному примірнику для кожної Сторони та підписується Страховиком і Страхувальником власноручними підписами. Примірник Індивідуальної частини надаються клієнту одразу після підписання Сторонами Договору (Індивідуальної частини Договору). У випадку сплати страхового платежу за Договором за відсутності підписаного клієнтом Акцепту Страховик має право відмовити Застрахованій особі у наданні страхових послуг за Договором, в такому випадку сплачений платіж підлягає поверненню Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів після отримання письмової вимоги про його повернення платнику згідно реквізитів, зазначених у вимозі.

11.9. Публічна частина Договору надається клієнту в момент підписання Договору. Підписанням Договору (Індивідуальної частини Договору), у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1118_umovy_01.01.2026.pdf.

11.12. Сторони погодили, що місцем укладення Договору є місцезнаходження Страховика, а у випадку укладення Договору у відокремленому підрозділі Страховика, місцем укладення Договору є місцезнаходження такого відокремленого підрозділу.

12. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, порядок відмови від Договору

12.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору (крім змін до цих Умов, які є Публічною частиною Договору) можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного договору страхування. У випадку внесення змін до Договору за ініціативою Страхувальника, останній надсилає на адресу Страховика пропозицію в паперовій або електронній формі, зазначаючи відомості, необхідні для внесення змін до Договору. Пропозиція Страховика щодо зміни умов Договору здійснюється шляхом направлення Страхувальнику повідомлення у паперовій або електронній формі у спосіб, визначений в п. 15.1 Умов, не пізніше, ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати внесення змін. Сторона, що отримала пропозицію про внесення змін чи

доповнень до Договору, в десятиденний строк з дня її отримання, якщо більший строк не передбачений у пропозиції, повідомляє Сторону, що ініціювала внесення змін (доповнень), про результати розгляду пропозиції. Відсутність відповіді Сторони, якій надіслана пропозиція про внесення змін до Договору протягом 5 (п'яти) календарних днів з дня закінчення строку для її розгляду, вважається відхиленням одержаної пропозиції. У разі відхилення пропозиції Договір припиняє дію (якщо інші наслідки відхилення пропозиції не зазначені у пропозиції) з дня, наступного за останнім днем строку для надання відповіді на пропозицію, якщо інший строк не зазначений у пропозиції. У випадку припинення Договору у зв'язку з відхиленням пропозиції про внесення змін до Договору фактично сплачені страхові платежі повертаються Страхувальнику у порядку, визначеному в пункті 12.6. Умов. У випадку, якщо Сторони досягли згоди щодо внесення змін або доповнень до Договору, Сторони переоформлюють Договір.

Якщо Сторона, яка одержала пропозицію внести зміни до Договору, у межах строку для відповіді вчинила дію відповідно до вказаних у пропозиції умов (сплатила страховий платіж, продовжила користуватися послугами згідно Договору тощо), що засвідчує її бажання внести зміни до Договору, ця дія є прийняттям пропозиції, якщо інше не зазначено в пропозиції.

Ухилення Сторони від отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору, направленої на реквізити (адресу чи засіб зв'язку), зазначені у Договорі, або неотримання пропозиції у зв'язку зі зміною адреси, засобу зв'язку, про що Сторона не повідомила іншу в порядку п. 13.9 Умов, за правовими наслідками прирівнюється до відхилення пропозиції цією Стороною.

12.1.1. Підписанням Акцепту Страхувальник підтверджує надання згоди на те, що Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни в Умови, які є Публічною частиною Договору, з урахуванням обмежень, визначених законодавством, шляхом викладення нової редакції Умов на вебсайті Страховика <https://uniga.ua/>. Викладення нової редакції Умов на вебсайті Страховика вважається належним повідомленням Страхувальника про внесення змін в Умови. Якщо Страхувальник не згоден із змінами умов Договору, він має право достроково припинити його дію, повідомивши про це Страховика протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати розміщення на вебсайті Страховика нової редакції Умов. Несплата Страхувальником додаткового страхового платежу (доплати до страхового платежу) розрахованого в порядку, передбаченому п. 15.6 Умов, має наслідком дострокове припинення Договору з дати набрання чинності нової редакції Умов. У випадку дострокового припинення Договору Страховик повертає Страхувальнику невикористану частину страхового платежу, розраховану згідно з п. 12.6. Умов. Якщо від Страхувальника протягом **15 (п'ятнадцяти) календарних днів** з дати викладення нової редакції Умов не надійшло повідомлення про дострокове припинення дії Договору страхування, або Страхувальник сплатив додатковий страховий платіж (доплату до страхового платежу), розрахований в порядку, передбаченому п. 15.6 Умов, Страхувальник вважається таким, що повністю прийняв зміни до Публічної частини Договору, викладеної в новій редакції. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність/відсутність пропозицій Страховика про зміну умов Публічної частини Договору на офіційному вебсайті Страховика в мережі Інтернет.

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. 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 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інший строк не передбачений Умовами.

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.п. 12.1, 12.1.1, 12.4 та 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 = $\text{СПЗ} \times \text{НВУВ}$, 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;

НВУВ – норматив витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, що складає 35%;

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 реквізитів 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 та обов'язки сторін

13.1. Страховик зобов'язаний:

13.1.1. ознайомити Страхувальника із Умовами;

13.1.2. при настанні Страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі кваліфікованої медичної допомоги згідно з цими Умовами та/або здійснити виплату Страхового відшкодування у передбачений Умовами 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. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України "Про страхування";

13.1.4. у разі зміни реквізитів для оплати Страхової премії повідомити Страхувальника про це протягом 10 (десяти) робочих днів з дати зміни за контактними даними Страхувальника, зазначеними в Акцепті, за умови що Договір передбачає сплату Страхової премії періодичними платежами;

13.1.5. 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 з урахуванням умов п. 7.4 Умов;

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

13.2.5. самостійно з'ясовувати 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 надавався Страховий захист;

13.2.8. достроково припинити дію Договору згідно з Умовами;

13.3. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

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

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

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

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

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

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

13.4. Страхувальник має право:

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

13.4.2. ініціювати внесення змін у Договір згідно з цими Умовами;

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

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

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

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

13.5. Застрахована особа зобов'язана:

13.5.1. повідомити Медичний асистанс Страховика про настання Страхового випадку (у тому числі про намір самостійно оплатити послуги та товари з урахуванням умов п. 7.4 Умов) перед отриманням таких послуг та/або перед придбанням товарів та діяти відповідно до розділу 7 Умов;

13.5.2. виконувати всі рекомендації Страховика (у тому числі щодо ЛПЗ, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку,

існуючого в ЛПЗ, а також дотримуватись усіх нормативно-правових актів, діючих в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат по цьому Страховому випадку та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за таких обставин;

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

13.5.4. до прийняття на страхування повідомити Страховику інформацію, яка має істотне значення для прийняття рішення Страховиком про укладення Договору на користь Застрахованої особи та/або для оцінки страхового ризику, уключаючи 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 на користь Застрахованої особи та/або для оцінки страхового ризику відносяться відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, інформація про чинні договори страхування, укладені щодо здоров'я Застрахованої особи;

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

13.5.6. виконувати умови Договору;

13.5.7. на вимогу Страховика в разі необґрунтованого виклику лікаря або швидкої медичної допомоги, як зазначено в пункті 10.1.15 Умов, сплатити вартість такого виклику лікаря або швидкої медичної допомоги безпосередньо 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 прийняття на страхування Застрахованої особи та за умови відсутності повідомлень про настання події, що має ознаки Страхового випадку, щодо Застрахованої особи, повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору на її користь, шляхом надсилання листа на адресу місцезнаходження Страховика або на електронну пошту office@uniga.ua;

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

13.6.4. при настанні Страхового випадку вимагати організації кваліфікованої медичної допомоги згідно з цими Умовами;

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

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 цих Умов.

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, Застрахованої особи).

14. Порядок вирішення спорів. Відповідальність сторін

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

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

14.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування шляхом сплати **пені** в розмірі **0,01%** від суми страхового відшкодування за кожний день прострочення, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який сплачується пеня.

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 т. ч. через мобільний додаток для обміну миттєвими повідомленнями (месенджер)).

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

15.5. Підписанням Акцепту Страхувальник підтверджує, що до підписання Акцепту Страхувальник та Застраховані особи отримали 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» та нормативно-правовими актами Національного банку України. 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. У разі зниження офіційного курсу гривні, встановленого Національним банком України (НБУ) на дату набрання чинності цими Умовами, по відношенню до долару США на 20% і більше, Страховик та ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня отримання ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» офіційного звернення Страховика, переглядають умови Договору та/або розраховують розмір доплати до Страхового платежу

(надалі - СП) на кожну Застраховану особу та Страховик оформлює такі зміни шляхом викладення цих Умов в новій редакції. При цьому, розмір доплати до СП розраховується за формулою:

$S = (A1 / A0) \times S0 - S0$, де:

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

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

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

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

$S0 = СП - (СП * КДФ/КДЗ)$, де

КДФ – кількість днів фактичної дії Договору кожної Застрахованої особи;

КДЗ – загальна кількість днів дії Договору кожної Застрахованої особи.

Курс долара США згідно з офіційним курсом, встановленим НБУ (<https://bank.gov.ua/ua/markets/exchangerates>) на дату набрання чинності цими Умовами становить 42,2451 грн. за 1 (один) долар США. За погодженням з ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» розмір Страхового платежу може залишатися незмінним, але при цьому Страховик обмежує покриття за Договором, шляхом розширення Переліку винятків, скорочення переліку ЛПЗ, лікарських засобів та медичних виробів тощо, виключенням із Програм масажів/фізіотерапії, введенням франшизи на лікарські засоби та медичні вироби та/або шляхом внесення інших змін в умови Договору.

Досягнуті домовленості набувають чинності з дати, вказаної в Умовах в новій редакції, в якій фіксується курс долару США, встановлений НБУ на дату набрання чинності новою редакцією Умов. При цьому зміни до Договору вносяться шляхом викладення Публічної частини Договору в новій редакції в порядку, передбаченому п. 12.1.1 Умов.

15.7. Страхувальник підтверджує, що всі Застраховані особи надали згоду на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) згідно Договору та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (у т. ч. 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.

15.8. 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.

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

15.10. Відповідно до ст. 14-3 Закону України «Про рекламу» підписанням Договору

Страховальник 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 Застрахованих осіб 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 Страховальника, Застрахованих осіб. Страховальник, Застрахована особа 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 Страховальника, Застрахованої особи відповідно шляхом звернення за телефоном Страховика, зазначеним у Договорі.

15.11. Договір містить інформацію, що становить таємницю страхування відповідно до законодавства України. Страховальник 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. Страховальник 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.

ПРОГРАМА СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

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**, іншим розладом здоров'я та /або інші випадки, передбачені Програмою.

Клас 1 – брендові та комерційні ЛПЗ високої цінової категорії

Клас 2 – комерційні ЛПЗ середньої цінової категорії

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

Програми	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
Страхова сума, грн	310 000	310 000	310 000
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	15 077	22 617	15 077
Умови страхування			
Он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми). Он-лайн консультація здійснюється тільки через Партнера «МЕДІКІТ» та без можливості організації он- лайн консультації на базі інших ЛПЗ.	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік
Оформлення листків непрацездатності за результатами он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми)	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації
Клас клінік	Відсоток покриття	Відсоток покриття	Відсоток покриття
Клас 1	100% Провідні фахівці	100% Провідні фахівці	70% Провідні фахівці
Клас 2	100% Провідні фахівці	100% Провідні фахівці	100% Провідні фахівці
Клас 3	100% Провідні фахівці	100% Провідні фахівці	100% Провідні фахівці

Група клінік: Добробут	75%	75%	70%
	Провідні фахівці	Провідні фахівці	Провідні фахівці
	75%	75%	70%

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, здійснюється в межах тарифів розрахункової ЛПЗ та виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в договірному ЛПЗ здійснюється виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Розрахунковий ЛПЗ по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги)	ТОВ "КЛІНІКА "ДЕНИС"	ТОВ "КЛІНІКА "ДЕНИС"	ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс"
Розрахунковий ЛПЗ по стоматологічній допомозі	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"

Опції програми

1 Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку (якщо випадок є страховим). Строк покриття страхового випадку - 30 днів з дати першого звернення до ЛПЗ. Первинні та повторні консультації; он-лайн консультації лікарів тільки через Партнера «МЕДІКІТ» (доступ з мобільного додатку myUNIQА) та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ; усі методи сучасної діагностики; оформлення та ведення медичної документації (лікарняні листи) медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію. Виклик лікаря-терапевта (провідного фахівця/експерта напряму з франшизою), при неможливості за станом здоров'я, відвідувати медичний заклад.

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 100% Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 100% Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70% Добробут 70% Провідні фахівці Добробут 70%
	Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100%
	Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%

1.01 Консультації лікарів в амбулаторних умовах	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
--------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей, допомога медсестер.

1.02 Виклик лікаря Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%
Організація послуг за Програмою, а саме:			
1.02.01 Виклик лікаря до 30 км. Виклик лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс при неможливості за станом здоров'я відвідувати медичний заклад. Виїзд в межах 30 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні). Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.03 Альтернативна консультація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Організація послуг за Програмою, а саме:			
1.03.01 Альтернативна консультація базова Альтернативні консультації за призначенням лікаря в складних випадках	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.04 Діагностика інструментальна в умовах поліклініки Інструментальна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії (без медикаментозного сну) за призначенням лікаря	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.05 Діагностика лабораторна в умовах поліклініки Лабораторна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.06 Медичні процедури та маніпуляції Проведення згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (в т.ч. ін'єкції, малі хірургічні втручання, перев'язки, зняття гіпсу, тощо) за призначенням лікаря в амбулаторних умовах, у т.ч. із застосуванням знеболення (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій).	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.08 Денний стаціонар/Стаціонар на дому Діагностика та лікування в умовах денного стаціонару/стаціонару на дому при наявності медичних показань	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.11 Гінекологія/урологія Організація послуг за Програмою, а саме:	Так	Так	Так
1.11.01 Гінекологія/урологія - додаткове покриття	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

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

1.11.05 Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ)	Обмеження по кількості послуг/сеансів: 2 на рік	Обмеження по кількості послуг/сеансів: 2 на рік	Обмеження по кількості послуг/сеансів: 2 на рік
Діагностика ЗПСШ 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах ліміту по кількості збудників			

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

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.12.03 Мануальна терапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.			

1.12.04 Масаж лікувальний	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік (1 сеанс в день масажу) за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.			

1.13 Фізіотерапевтичні процедури	Так	Так	Так
-----------------------------------------	-----	-----	-----

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.13.01 Фізіотерапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
Не більше 10 сеансів (електролікування, світлолікування, інгаляції, лікування ультразвуком) 1 раз на рік.			

1.13.04 ЛФК	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік
--------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

100% покриття одного (першого) заняття з ЛФК за призначенням лікаря. Покриття наступних п'яти занять з ЛФК з франшизою 50%.

1.14 Медикаментозне забезпечення при АПД	Так	Так	Так
Забезпечення медикаментами згідно протоколів/настанов МОЗ за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожний страховий випадок в мережі аптек-партнерів. Доставка медикаментів додому або в офіс в межах міської смуги (на умовах постачальника).			
1.14.01 Лікарські засоби та витратні матеріали	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Медикаменти та засоби для проведення медичних маніпуляцій: шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки (в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст), одноразові леза, шовний матеріал			
1.14.02 Пробіотики	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.			
1.14.03 Препарати для гормональної терапії	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.			
1.14.04 Фітопрепарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.			
1.14.05 Гомеопатичні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.			
1.14.06 Статини	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.			
1.14.07 Хондропротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.			
1.14.08 Гепатопротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.			
1.14.09 Ферменти	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.			

1.14.10 Вітамінні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Моновітамінні препарати за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.14.12 Психотропні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Психотропні препарати (седативні, заспокійливі, снодійні, ноотропні).
За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам

2 Стаціонарна допомога

Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; анестезіологічна допомога; фізіотерапія в умовах стаціонару.

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%

2.01 Планова госпіталізація

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

Планове стаціонарне лікування за направленням лікаря по страховому випадку, що може бути відкладений на 24 години, або більше. Проведення оперативного втручання для лікування хронічного захворювання по страховому випадку враховуючи перелік винятків Страховика. Розміщення у 1-2 місних палатах, харчування в умовах стаціонару по нормативам медичного закладу. Медикаментозне забезпечення при невідкладній госпіталізації в межах ліміту 40 000,00 грн./рік та медикаментозне забезпечення при плановій госпіталізації в межах ліміту 10 000,00 грн./рік. Забезпечення медикаментами (в т.ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери).

2.01.01. Медикаменти при плановому стаціонарному лікуванні

Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).

2.01.01 Палата підвищеного комфорту

в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту
----------------	----------------	----------------

Розміщення у палатах підвищеного комфорту (1-3 місні), за наявності вільних місць в медичному закладі на момент госпіталізації.

2.02 Невідкладна госпіталізація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
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. Екстрена госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3-12 годин. Перелік станів за яких відбувається екстрена госпіталізація вказано у Додатку 1 до Програми страхування.			
2.02.01 Медикаменти при невідкладній госпіталізації	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік
Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).			

3 Швидка допомога

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%	всі клініки 100%	всі клініки 100%
3.01 Швидка допомога в межах 30 км.	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Цілодобовий виклик бригади швидкої допомоги в межах 30 км. Зони від адміністративної межі міста, з якого викликається бригада. Невідкладна допомога на місці виклику, діагностика та медикаментозне лікування. Транспортування в лікувальні установи з метою госпіталізації. Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Транспортування з медичного закладу додому у випадку переломів нижніх кінцівок, тазу, хребта			

4 Стоматологія

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття	всі клініки 100%; Добробут 70% покриття
4.01 Планова та невідкладна стоматологічна допомога	Ліміт: 3 200 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 3 200 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 3 200 грн. на Застраховану особу на рік
Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту			
4.01.01 Основні стоматологічні послуги	Консультації, первинний огляд фахівців; діагностика, включаючи рентгенографію та ін. методи; лікування: терапевтичне, хірургічне, встановлення тимчасових та постійних пломб, знеболювання, лікування слизової оболонки ротової порожнини, фізіотерапія		

4.01.02 Зняття зубних відкладень	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

4.01.04 Лікування тканин пародонту Лікування тканин пародонту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту
-------------------------------------------------------------------------	----------------	----------------	----------------

4.01.08 Протезування /імплантація внаслідок НВ	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту
-------------------------------------------------------	----------------	----------------	----------------

Планова консультація лікаря, підготовка до протезування та протезування, яке необхідне в наслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії договору.

4.01.09 Медикаментозне забезпечення Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря стоматолога в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	----------------	----------------

6 Додаткові опції

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
--------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

6.01 Профілактичні опції	Так	Так	Так
---------------------------------	-----	-----	-----

6.01.05 Вакцинація проти грипу	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
---------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Вакцинація проти грипу проводиться одноразово восени, тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України; Виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю більше 10 осіб.

6.01.11 Корекція зору	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік
------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------

Діагностика гостроти зору, лікування офтальмологічних захворювань (окрім апаратного лікування) в т.ч. медикаментозне забезпечення в межах річного індивідуального ліміту.

6.01.13 Вакцинація від правця та сказу	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Антирабична та протиправцева вакцинація за медичними показаннями: травми із пошкодженням шкірного та слизового покриву, окрім планової вакцинації згідно з календарем щеплень

6.04 Діагностика та лікування захворювань з переліку винятків (індивідуальний ліміт)	Ліміт: 4 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 4 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 4 000 грн. на Застраховану особу на рік
---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------

Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців
--------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

Діагностика та лікування захворювань-винятків; медикаментів та послуг, що входять до переліку винятків Страховика, у т.ч діагностика та один курс амбулаторного/терапевтичного стаціонарного лікування остеохондрозу та інших дорсопатій, в межах індивідуального ліміту.

Ліміт не може використовуватись для збільшення лімітів на стоматологічну допомогу, корекцію зору та ін.

6.05 Діагностика та лікування захворювань з переліку винятків (корпоративний ліміт)

Корпоративний ліміт по сумі:
2 656 500 грн. на рік

Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців
--------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

Організація та оплата вартості медикаментів, медичних послуг, діагностики та лікування захворювань, що входять до переліку винятків Страховика. Ліміт може використовуватись для покриття франшиз, збільшення лімітів, отримання медичних послуг та товарів, що не передбачені Програмою

6.08 Ведення вагітності

Ліміт: 3 500 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 3 500 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 3 500 грн. на Застраховану особу на рік
------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------------

Покриття тільки У РАЗІ УСКЛАДНЕНЬ протікання вагітності та пологів в межах річного ліміту 3500 грн., або разова виплата за фактом народження дитини 2500 грн. в межах загального ліміту по опції (тільки по полісу матері дитини). Тимчасова франшиза - 5 календарних місяців з дати укладання договору для нових ЗО, які приймаються на страхування вперше. При настанні випадку в строк до 5 місяців, випадок не вважається страховим. Тимчасова франшиза відсутня при пролонгації договору.

7 Критичні захворювання

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
--------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

7.01 Цукровий діабет	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
-----------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Діагностика і перший курс СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ цукрового діабету (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору.

7.02 Туберкульоз	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%

Діагностика і перший курс лікування строком 30 днів (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору туберкульозу.

7.03 Новоутворення

Так	Так	Так
-----	-----	-----

7.03.03 Лікування злоякісних новоутворень	Ліміт: 100 000 грн. на страховий випадок	Ліміт: 100 000 грн. на страховий випадок	Ліміт: 100 000 грн. на страховий випадок
	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

Діагностика і перший курс амбулаторного або стаціонарного лікування (включаючи хірургічне лікування, хіміотерапію, радіотерапію) вперше виявлених під час дії договору злоякісних новоутворень.

8 Окремі групи захворювань

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
8.02 Діагностика та лікування вірусних гепатитів	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика гострих та хронічних вірусних гепатитів В,С, D,E вперше виявлених. 1-курс амбулаторного або стаціонарного лікування гострих та хронічних вірусних гепатитів В,С, D,E вперше виявлених.			
8.06 Діагностика та лікування ВСД, НЦД, мігрень, астено-невротичний синдром	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика та 1 курс амбулаторного лікування строком 30 днів вегето-судинної дистонії (ВСД) або нейро-циркулярної дистонії (НЦД)			
8.16 Бронхіальна астма	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика та 1 курс амбулаторного або стаціонарного лікування вперше виявленої бронхіальної астми			
8.17 Проведення операції на серці та судинах	Корпоративний ліміт по сумі: 900 000 грн. на рік		
Інфаркт міокарду, інсульт, хвороби серця, що вимагають стентування, АКШ, оперативного втручання, вперше виявлених в житті Застрахованої особи в період дії договору.			

9 Інше

Список опцій	Програма 1 "А+" (17-59 років)	Програма 2 "А+" (60-70 років)	Програма 3 "В+" (60-70 років)
9.01 Дострахування родичів на корпоративних умовах	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Протягом першого місяця з дати укладання Договору співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом», на страхування можуть бути прийняті його родичі першого ступеня спорідненості віком від 17 до 59 років (чоловік, дружина, діти до 17 років), на корпоративних умовах. Батько, мати, діти (від 0 до 17 років) співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» можуть бути прийняті на страхування за програмами для родичів з урахуванням віку та наданням свідоцтва про народження (для дітей). Страхування родича першої лінії спорідненості співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» віком від 60 років можливе при наданні заяви-анкети на страхування. Родичі першої лінії спорідненості співробітника ДП «Національна атомна			

енергогенеруюча компанія «Енергоатом» віком понад 65 років на страхування не приймаються.

9.04 Covid-19 Так Так Так

9.04.01 Первинна консультація фахівця при Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Покриття первинної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.02 Повторна консультація фахівця при Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Покриття повторної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.03 Первинна лабораторна діагностика Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Первинна лабораторна діагностика Covid-19 (наприклад: ПЛР-/ІФА-діагностика і т.п.), згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.04 Повторна лабораторна діагностика Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Покриття ЗАК, СРБ, прокальцитонін (при підозрі на пневмонію) при перебігу захворювання за призначенням лікаря згідно Протоколів МОЗ. Повторна діагностика не передбачає проведення контрольних ПЛР/ІФА і т.п. досліджень.

9.04.06 Інструментальна діагностика Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Інструментальна діагностика (наприклад: КТ, УЗД легень тощо) при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19 згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.07 Медикаментозне забезпечення при лікуванні Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Медикаментозне лікування Covid -19 (крім експериментального лікування та не передбаченого протоколами МОЗ) препаратами за призначенням лікаря.

9.04.08 Стаціонарне лікування Covid-19 Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми Так, в межах страхової суми

Оплата послуг при перебуванні Застрахованої особи у стаціонарі (ліжко-день, харчування, забезпечення киснем тощо) у клініках з переліку Страховика. Клініки класу 2, 3 - 100 % покриття; 1 - 70% покриття.

Програми	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
Страхова сума, грн	250 000	250 000
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	18 461	36 920
Умови страхування		

Он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми). Он-лайн консультація здійснюється тільки через Партнера «МЕДІКІТ» та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ.	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік
Оформлення листків непрацездатності за результатами он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми)	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації
Клас клінік	Відсоток покриття	Відсоток покриття
Клас 1	100% Провідні фахівці 100%	70% Провідні фахівці 70%
Клас 2	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%
Клас 3	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%
Група клінік: Добробут	75% Провідні фахівці 75%	70% Провідні фахівці 70%

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, здійснюється в межах тарифів розрахункової ЛПЗ та виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в договірному ЛПЗ здійснюється виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Розрахунковий ЛПЗ по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги)	ТОВ "КЛІНІКА "ДЕНИС"	ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс"
Розрахунковий ЛПЗ по стоматологічній допомозі	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"

Опції програми

1 Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку (якщо випадок є страховим). Строк покриття страхового випадку - 30 днів з дати першого звернення до ЛПЗ. Первинні та повторні консультації; он-лайн консультації лікарів тільки через Партнера «МЕДІКІТ» (доступ з мобільного додатку myUNIQA) та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ; усі методи сучасної діагностики; оформлення та ведення медичної документації (лікарняні листи) медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію. Виклик лікаря-терапевта (провідного фахівця/експерта напрямку з франшизою), при неможливості за станом здоров'я, відвідувати медичний заклад.

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
--------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 100% Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70% Добробут 70%; Провідні фахівці Добробут 70% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
1.01 Консультації лікарів в амбулаторних умовах	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей, допомога медсестер.		
1.02 Виклик лікаря Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.02.01 Виклик лікаря до 30 км.	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Виклик лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс при неможливості за станом здоров'я відвідувати медичний заклад. Виїзд в межах 30 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні). Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію		
1.03 Альтернативна консультація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.03.01 Альтернативна консультація базова	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Альтернативні консультації за призначенням лікаря в складних випадках		
1.04 Діагностика інструментальна в умовах поліклініки	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Інструментальна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії (без медикаментозного сну) за призначенням лікаря		
1.05 Діагностика лабораторна в умовах поліклініки	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Лабораторна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря		
1.06 Медичні процедури та маніпуляції	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Проведення згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (в т.ч. ін'єкції, малі хірургічні втручання, перев'язки, зняття гіпсу, тощо) за призначенням лікаря в амбулаторних умовах, у т.ч. із застосуванням знеболення (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій)		
1.07 Медична документація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Оформлення листків непрацездатності при зверненні в ЛПЗ, які надають дану послугу		

1.08 Денний стаціонар/Стаціонар на дому	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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

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

Організація послуг за Програмою, а саме:

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

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

1.11.05 Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ)	Обмеження по кількості послуг/сеансів: 2 на рік	Обмеження по кількості послуг/сеансів: 2 на рік
-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------

Діагностика ЗПСШ 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах ліміту по кількості збудників

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

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.12.03 Мануальна терапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.

1.12.04 Масаж лікувальний	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік (1 сеанс в день масажу) за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.

1.13 Фізіотерапевтичні процедури	Так	Так
-----------------------------------------	-----	-----

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.13.01 Фізіотерапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Не більше 10 сеансів (електролікування, світлолікування, інгаляції, лікування ультразвуком) 1 раз на рік.

1.13.04 ЛФК	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік
--------------------	------------------------------------	------------------------------------

100% покриття одного (першого) заняття з ЛФК за призначенням лікаря. Покриття наступних п'яти занять з ЛФК з франшизою 50%.

1.14 Медикаментозне забезпечення при АПД	Так	Так
-------------------------------------------------	-----	-----

Забезпечення медикаментами згідно протоколів/настанов МОЗ за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожний страховий випадок в мережі аптек-партнерів. Доставка медикаментів додому або в офіс в межах міської смуги (на умовах постачальника).

1.14.01 Лікарські засоби та витратні матеріали	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Медикаменти та засоби для проведення медичних маніпуляцій: шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки (в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст), одноразові леза, шовний матеріал

1.14.02 Пробіотики	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.03 Препарати для гормональної терапії	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.04 Фітопрепарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.05 Гомеопатичні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.06 Статини	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.07 Хондропротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.08 Гепатопротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.09 Ферменти	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.10 Вітамінні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Моновітамінні препарати за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам		

1.14.12 Психотропні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Психотропні препарати (седативні, заспокійливі, снодійні, ноотропні). За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам		

2 Стаціонарна допомога

Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; анестезіологічна допомога; фізіотерапія в умовах стаціонару.

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
2.01 Планова госпіталізація	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

Планове стаціонарне лікування за направленням лікаря по страховому випадку, що може бути відкладений на 24 години, або більше. Проведення оперативного втручання для лікування хронічного захворювання по страховому випадку враховуючи перелік винятків Страховика. Розміщення у 1-2 місних палатах, харчування в умовах стаціонару по нормативам медичного закладу. Медикаментозне забезпечення при невідкладній госпіталізації в межах ліміту 40 000,00 грн./рік та медикаментозне забезпечення при плановій госпіталізації в межах ліміту 10 000,00 грн./рік. Забезпечення медикаментами (в т.ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, зпокійливими та ноотропними препаратами), а також витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери).

2.01.01. Медикаменти при плановому стаціонарному лікуванні	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).

2.01.01 Палата підвищеного комфорту	в межах ліміту	в межах ліміту
Розміщення у палатах підвищеного комфорту (1-3 місні), за наявності вільних місць в медичному закладі на момент госпіталізації.		

2.02 Невідкладна госпіталізація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
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. Екстрена госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3-12 годин. Перелік станів за яких відбувається екстрена госпіталізація вказано у Додатку 1 до Програми страхування.		

2.02.01 Медикаменти при невідкладній госпіталізації	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік
Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).		

3 Швидка допомога

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%	всі клініки 100%

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

4 Стоматологія

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття

4.01 Планова та невідкладна стоматологічна допомога	Ліміт: 3 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 3 000 грн. на Застраховану особу на рік
Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту		

4.01.01 Основні стоматологічні послуги	Консультації, первинний огляд фахівців; діагностика, включаючи рентгенографію та ін. методи; лікування: терапевтичне, хірургічне, встановлення тимчасових та постійних пломб, знеболювання, лікування слизової оболонки ротової порожнини, фізіотерапія	
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4.01.02 Зняття зубних відкладень	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

4.01.04 Лікування тканин пародонту Лікування тканин пародонту	в межах ліміту	в межах ліміту
4.01.08 Протезування /імплантація внаслідок НВ Планова консультація лікаря, підготовка до протезування та протезування, яке необхідне в наслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії договору.	в межах ліміту	в межах ліміту
4.01.09 Медикаментозне забезпечення Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря стоматолога в межах ліміту	в межах ліміту	в межах ліміту

6 Додаткові опції

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
6.01 Профілактичні опції	Так	Так
6.01.05 Вакцинація проти грипу Вакцинація проти грипу проводиться одноразово восени, тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України; Виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю більше 10 осіб.	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
6.01.11 Корекція зору Діагностика гостроти зору, лікування офтальмологічних захворювань (окрім апаратного лікування) в т.ч. медикаментозне забезпечення в межах річного індивідуального ліміту.	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік
6.01.13 Вакцинація від правця та сказу Антирабічна та протиправцева вакцинація за медичними показаннями: травми із пошкодженням шкірного та слизового покриву, окрім планової вакцинації згідно з календарем щеплень	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми

6.04 Діагностика та лікування захворювань з переліку винятків (індивідуальний ліміт) Відсоток покриття класу клінік Діагностика та лікування захворювань-винятків; медикаментів та послуг, що входять до переліку винятків Страховика, у т.ч діагностика та один курс амбулаторного/терапевтичного стаціонарного лікування остеохондрозу та інших дорсопатій, в межах індивідуального ліміту. Ліміт не може використовуватись для збільшення лімітів на стоматологічну допомогу, корекцію зору та ін.	Ліміт: 4 000 грн. на Застраховану особу на рік всі клініки 100% включаючи провідних фахівців	Ліміт: 4 000 грн. на Застраховану особу на рік всі клініки 100% включаючи провідних фахівців
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

7 Критичні захворювання

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
7.01 Цукровий діабет Діагностика і перший курс СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ цукрового діабету (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору.	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

7.02 Туберкульоз	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%

Діагностика і перший курс лікування строком 30 днів (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору туберкульозу.

7.03 Новоутворення	Так	Так
7.03.03 Лікування злякисних новоутворень	Ліміт: 100 000 грн. на страховий випадок Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Ліміт: 100 000 грн. на страховий випадок Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

Діагностика і перший курс амбулаторного або стаціонарного лікування (включаючи хірургічне лікування, хіміотерапію, радіотерапію) вперше виявлених під час дії договору злякисних новоутворень.

8 Окремі групи захворювань

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
8.02 Діагностика та лікування вірусних гепатитів	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика гострих та хронічних вірусних гепатитів В,С, D,E вперше виявлених. 1-курс амбулаторного або стаціонарного лікування гострих та хронічних вірусних гепатитів В,С, D,E вперше виявлених.		
8.06 Діагностика та лікування ВСД, НЦД, мігрень, астено-невротичний синдром	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика та 1 курс амбулаторного лікування строком 30 днів вегето-судинної дистонії (ВСД) або нейро-циркулярної дистонії (НЦД)		
8.16 Бронхіальна астма	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика та 1 курс амбулаторного або стаціонарного лікування вперше виявленої бронхіальної астми		

9 Інше

Список опцій	Програма 4 "А+" Родичі (17-59 років)	Програма 5 "В+" Родичі (60-65 років)
9.04 Covid-19	Так	Так
9.04.01 Первинна консультація фахівця при Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Покриття первинної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.		
9.04.02 Повторна консультація фахівця при Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми

Покриття повторної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.03 Первинна лабораторна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Первинна лабораторна діагностика Covid-19 (наприклад: ПЛР-/ІФА-діагностика і т.п.), згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.04 Повторна лабораторна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Покриття ЗАК, СРБ, прокальцитонін (при підозрі на пневмонію) при перебігу захворювання за призначенням лікаря згідно Протоколів МОЗ. Повторна діагностика не передбачає проведення контрольних ПЛР/ІФА і т.п. досліджень.

9.04.06 Інструментальна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Інструментальна діагностика (наприклад: КТ, УЗД легень тощо) при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19 згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.07 Медикаментозне забезпечення при лікуванні Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Медикаментозне лікування Covid -19 (крім експериментального лікування та не передбаченого протоколами МОЗ) препаратами за призначенням лікаря.

9.04.08 Стаціонарне лікування Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Оплата послуг при перебуванні Застрахованої особи у стаціонарі (ліжко-день, харчування, забезпечення киснем тощо) у клініках з переліку Страховика. Клініки класу 2, 3 - 100 % покриття; 1 - 70% покриття.

Програми	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)
Страхова сума, грн	250 000	250 000
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	45 629	39 927
Умови страхування		
Он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми). Он-лайн консультація здійснюється тільки через Партнера «МЕДІКІТ» та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ.	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік
Оформлення листків непрацездатності за результатами он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми)	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації
Клас клінік	Відсоток покриття	Відсоток покриття
Клас 1	70% Провідні фахівці 70%	70% Провідні фахівці 70%

Клас 2	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%
Клас 3	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%
Група клінік: Добробут	70% Провідні фахівці 70%	70% Провідні фахівці 70%

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, здійснюється в межах тарифів розрахункової ЛПЗ та виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в договірному ЛПЗ здійснюється виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Розрахунковий ЛПЗ по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги)	ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс"	ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс"
Розрахунковий ЛПЗ по стоматологічній допомозі	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"

Опції програми

1 Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку (якщо випадок є страховим). Строк покриття страхового випадку - 30 днів з дати першого звернення до ЛПЗ. Первинні та повторні консультації; он-лайн консультації лікарів тільки через Партнера «МЕДІКІТ» (доступ з мобільного додатку myUNIQA) та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ; усі методи сучасної діагностики; оформлення та ведення медичної документації (лікарняні листи) медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію. Виклик лікаря-терапевта (провідного фахівця/експерта напрямку з франшизою), при неможливості за станом здоров'я, відвідувати медичний заклад.

Список опцій	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70% Добробут 70%; Провідні фахівці Добробут 70% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70% Добробут 70%; Провідні фахівці Добробут 70% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
1.01 Консультації лікарів в амбулаторних умовах	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей, допомога медсестер.		

1.02 Виклик лікаря Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.02.01 Виклик лікаря до 30 км. Виклик лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс при неможливості за станом здоров'я відвідувати медичний заклад. Виїзд в межах 30 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні). Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.03 Альтернативна консультація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.03.01 Альтернативна консультація базова Альтернативні консультації за призначенням лікаря в складних випадках	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.04 Діагностика інструментальна в умовах поліклініки Інструментальна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії (без медикаментозного сну) за призначенням лікаря	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.05 Діагностика лабораторна в умовах поліклініки Лабораторна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.06 Медичні процедури та маніпуляції Проведення згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (в т.ч. ін'єкції, малі хірургічні втручання, перев'язки, зняття гіпсу, тощо) за призначенням лікаря в амбулаторних умовах, у т.ч. із застосуванням знеболення (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезії)	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.07 Медична документація Оформлення листків непрацездатності при зверненні в ЛПЗ, які надають дану послугу	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.08 Денний стаціонар/Стаціонар на дому Діагностика та лікування в умовах денного стаціонару/стаціонару на дому при наявності медичних показань	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.11 Гінекологія/урологія	Так	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.11.01 Гінекологія/урологія - додаткове покриття Діагностика та 1 (один) курс лікування (у т.ч. контрольна діагностика та контрольна консультація) з приводу наступних захворювань: гострих або хронічних кольпітів, цервіцитів, вульвовагінітів, дисбіозів/дисбактеріозів,	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони не є складовою змішаної інфекції

1.12 Масаж, мануальна терапія

Так

Так

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.12.03 Мануальна терапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.

1.12.04 Масаж лікувальний	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік (1 сеанс в день масажу) за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.

1.13 Фізіотерапевтичні процедури

Так

Так

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.13.01 Фізіотерапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Не більше 10 сеансів (електролікування, світлолікування, інгаляції, лікування ультразвуком) 1 раз на рік.

1.13.04 ЛФК	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік
--------------------	------------------------------------	------------------------------------

100% покриття одного (першого) заняття з ЛФК за призначенням лікаря. Покриття наступних п'яти занять з ЛФК з франшизою 50%.

1.14 Медикаментозне забезпечення при АПД

Так

Так

Забезпечення медикаментами згідно протоколів/настанов МОЗ за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожний страховий випадок в мережі аптек-партнерів. Доставка медикаментів додому або в офіс в межах міської смуги (на умовах постачальника).

1.14.01 Лікарські засоби та витратні матеріали

Так, в межах страхової суми

Так, в межах страхової суми

Медикаменти та засоби для проведення медичних маніпуляцій: шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки (в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст), одноразові леза, шовний матеріал

1.14.02 Пробіотики	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.		
1.14.03 Препарати для гормональної терапії	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.		
1.14.04 Фітопрепарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.		
1.14.05 Гомеопатичні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.		
1.14.06 Статини	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.		
1.14.07 Хондропротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.		
1.14.08 Гепатопротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.		
1.14.09 Ферменти	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.		
1.14.10 Вітамінні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Моновітамінні препарати за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам		
1.14.12 Психотропні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Психотропні препарати (седативні, заспокійливі, снодійні, ноотропні). За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам		
2 Стаціонарна допомога		
Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; анестезіологічна допомога; фізіотерапія в умовах стаціонару.		
Список опцій	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)

Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100%; Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100%; Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
2.01 Планова госпіталізація	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Планове стаціонарне лікування за направленням лікаря по страховому випадку, що може бути відкладений на 24 години, або більше. Проведення оперативного втручання для лікування хронічного захворювання по страховому випадку враховуючи перелік винятків Страховика. Розміщення у 1-2 місних палатах, харчування в умовах стаціонару по нормативам медичного закладу. Медикаментозне забезпечення при невідкладній госпіталізації в межах ліміту 40 000,00 грн./рік та медикаментозне забезпечення при плановій госпіталізації в межах ліміту 10 000,00 грн./рік. Забезпечення медикаментами (в т.ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, зспокійливими та ноотропними препаратами), а також витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери).		
2.01.01. Медикаменти при плановому стаціонарному лікуванні	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік
Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).		
2.01.01 Палата підвищеного комфорту	в межах ліміту	в межах ліміту
Розміщення у палатах підвищеного комфорту (1-3 місні), за наявності вільних місць в медичному закладі на момент госпіталізації.		
2.02 Невідкладна госпіталізація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
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. Екстрена госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3-12 годин. Перелік станів за яких відбувається екстрена госпіталізація вказано у Додатку 1 до Програми страхування.		
2.02.01 Медикаменти при невідкладній госпіталізації	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік
Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові		

гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).

3 Швидка допомога

Список опцій	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%	всі клініки 100%
3.01 Швидка допомога в межах 30 км.	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Цілодобовий виклик бригади швидкої допомоги в межах 30 км. Зони від адміністративної межі міста, з якого викликається бригада. Невідкладна допомога на місці виклику, діагностика та медикаментозне лікування. Транспортування в лікувальні установи з метою госпіталізації. Транспортування за медичним призначенням осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування, призначених лікарем стаціонару у важко диференційованих випадках. Транспортування з медичного закладу додому у випадку переломів нижніх кінцівок, тазу, хребта		

4 Стоматологія

Список опцій	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття
4.01 Планова та невідкладна стоматологічна допомога	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік
Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту		
4.01.01 Основні стоматологічні послуги		
Консультації, первинний огляд фахівців; діагностика, включаючи рентгенографію та ін. методи; лікування: терапевтичне, хірургічне, встановлення тимчасових та постійних пломб, знеболювання, лікування слизової оболонки ротової порожнини, фізіотерапія		
4.01.02 Зняття зубних відкладень	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Зняття твердих та м'яких зубних відкладень, в межах встановленого ліміту		
4.01.04 Лікування тканин пародонту	в межах ліміту	в межах ліміту
Лікування тканин пародонту		
4.01.08 Протезування /імплантація внаслідок НВ	в межах ліміту	в межах ліміту
Планова консультація лікаря, підготовка до протезування та протезування, яке необхідне в наслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії договору.		
4.01.09 Медикаментозне забезпечення	в межах ліміту	в межах ліміту
Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря стоматолога в межах ліміту		

6 Додаткові опції

Список опцій	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)
6.01 Профілактичні опції	Так	Так
6.01.05 Вакцинація проти грипу	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Вакцинація проти грипу проводиться одноразово восени, тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України; Виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю більше 10 осіб.		
6.01.13 Вакцинація від правця та сказу	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Антирабічна та протиправцева вакцинація за медичними показаннями: травми із пошкодженням шкірного та слизового покриву, окрім планової вакцинації згідно з календарем щеплень		

9 Інше

Список опцій	Програма 6 "А" Діти (до 1 року)	Програма 7 "А" Діти (1-3 роки)
9.04 Covid-19	Так	Так
9.04.01 Первинна консультація фахівця при Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Покриття первинної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.		
9.04.02 Повторна консультація фахівця при Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Покриття повторної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.		
9.04.03 Первинна лабораторна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Первинна лабораторна діагностика Covid-19 (наприклад: ПЛР-/ІФА-діагностика і т.п.), згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.		
9.04.04 Повторна лабораторна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Покриття ЗАК, СРБ, прокальцитонін (при підозрі на пневмонію) при перебігу захворювання за призначенням лікаря згідно Протоколів МОЗ. Повторна діагностика не передбачає проведення контрольних ПЛР/ІФА і т.п. досліджень.		
9.04.06 Інструментальна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Інструментальна діагностика (наприклад: КТ, УЗД легень тощо) при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19 згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.		
9.04.07 Медикаментозне забезпечення при лікуванні Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Медикаментозне лікування Covid -19 (крім експериментального лікування та не передбаченого протоколами МОЗ) препаратами за призначенням лікаря.		
9.04.08 Стаціонарне лікування Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми

Оплата послуг при перебуванні Застрахованої особи у стаціонарі (ліжко-день, харчування, забезпечення киснем тощо) у клініках з переліку Страховика. Клініки класу 2, 3 - 100 % покриття; 1 - 70% покриття.

Програми	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
Страхова сума, грн	250 000	250 000
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	31 122	21 705
Умови страхування		
Он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми). Он-лайн консультація здійснюється тільки через Партнера «МЕДІКІТ» та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ.	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік	Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік
Оформлення листків непрацездатності за результатами он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми)	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації	Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації
Клас клінік	Відсоток покриття	Відсоток покриття
Клас 1	70% Провідні фахівці 70%	70% Провідні фахівці 70%
Клас 2	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%
Клас 3	100% Провідні фахівці 100%	100% Провідні фахівці 100%
Група клінік: Добробут	70% Провідні фахівці 70%	70% Провідні фахівці 70%
<p>Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, здійснюється в межах тарифів розрахункової ЛПЗ та виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.</p> <p>Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в договірному ЛПЗ здійснюється виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.</p>		
Розрахунковий ЛПЗ по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги)	ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс"	ТОВ "Лікувально-діагностичний центр "Адоніс Плюс"
Розрахунковий ЛПЗ по стоматологічній допомозі	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"	ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"
Опції програми		

1 Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку (якщо випадок є страховим). Строк покриття страхового випадку - 30 днів з дати першого звернення до ЛПЗ. Первинні та повторні консультації; он-лайн консультації лікарів тільки через Партнера «МЕДІКІТ» (доступ з мобільного додатку myUNIQA) та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ; усі методи сучасної діагностики; оформлення та ведення медичної документації (лікарняні листи) медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію. Виклик лікаря-терапевта (провідного фахівця/експерта напрямку з франшизою), при неможливості за станом здоров'я, відвідувати медичний заклад.

Список опцій	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70% Добробут 70%; Провідні фахівці Добробут 70% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70% Добробут 70%; Провідні фахівці Добробут 70% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
1.01 Консультації лікарів в амбулаторних умовах Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей, допомога медсестер.	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.02 Виклик лікаря Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 20% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.02.01 Виклик лікаря до 30 км. Виклик лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс при неможливості за станом здоров'я відвідувати медичний заклад. Виїзд в межах 30 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні). Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.03 Альтернативна консультація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.03.01 Альтернативна консультація базова Альтернативні консультації за призначенням лікаря в складних випадках	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
1.04 Діагностика інструментальна в умовах поліклініки Інструментальна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії (без медикаментозного сну) за призначенням лікаря	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми

1.05 Діагностика лабораторна в умовах поліклініки	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Лабораторна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря		
1.06 Медичні процедури та маніпуляції	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Проведення згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (в т.ч. ін'єкції, малі хірургічні втручання, перев'язки, зняття гіпсу, тощо) за призначенням лікаря в амбулаторних умовах, у т.ч. із застосуванням знеболення (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій)		
1.07 Медична документація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Оформлення листків непрацездатності при зверненні в ЛПЗ, які надають дану послугу		
1.08 Денний стаціонар/Стаціонар на дому	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Діагностика та лікування в умовах денного стаціонару/стаціонару на дому при наявності медичних показань		
1.11 Гінекологія/урологія	Так	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.11.01 Гінекологія/урологія - додаткове покриття	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика та 1 (один) курс лікування (у т.ч. контрольна діагностика та контрольна консультація) з приводу наступних захворювань: гострих або хронічних кольпітів, цервицитів, вульвовагінітів, дисбіозів/дисбактеріозів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони не є складовою змішаної інфекції		
1.12 Масаж, мануальна терапія	Так	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:		
1.12.03 Мануальна терапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.		
1.12.04 Масаж лікувальний	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік (1 сеанс в день масажу) за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах:		

остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.

1.13 Фізіотерапевтичні процедури	Так	Так
-----------------------------------------	-----	-----

Організація послуг за Програмою, а саме:

1.13.01 Фізіотерапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Не більше 10 сеансів (електролікування, світлолікування, інгаляції, лікування ультразвуком) 1 раз на рік.

1.13.04 ЛФК	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік
--------------------	------------------------------------	------------------------------------

100% покриття одного (першого) заняття з ЛФК за призначенням лікаря.
Покриття наступних п'яти занять з ЛФК з франшизою 50%.

1.14 Медикаментозне забезпечення при АПД	Так	Так
-------------------------------------------------	-----	-----

Забезпечення медикаментами згідно протоколів/настанов МОЗ за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожний страховий випадок в мережі аптек-партнерів. Доставка медикаментів додому або в офіс в межах міської смуги (на умовах постачальника).

1.14.01 Лікарські засоби та витратні матеріали	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Медикаменти та засоби для проведення медичних маніпуляцій: шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки (в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст), одноразові леза, шовний матеріал

1.14.02 Пробіотики	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.03 Препарати для гормональної терапії	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.04 Фітопрепарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.05 Гомеопатичні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.06 Статини	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.07 Хондропротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.		
1.14.08 Гепатопротектори	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.		
1.14.09 Ферменти	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.		
1.14.10 Вітамінні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Моновітамінні препарати за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам		
1.14.12 Психотропні препарати	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
Психотропні препарати (седативні, заспокійливі, снодійні, ноотропні). За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам		

2 Стаціонарна допомога

Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; анестезіологічна допомога; фізіотерапія в умовах стаціонару.

Список опцій	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%	Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%; Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%; Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%

2.01 Планова госпіталізація	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Планове стаціонарне лікування за направленням лікаря по страховому випадку, що може бути відкладений на 24 години, або більше. Проведення оперативного втручання для лікування хронічного захворювання по страховому випадку враховуючи перелік винятків Страховика. Розміщення у 1-2 місних палатах, харчування в умовах стаціонару по нормативам медичного закладу. Медикаментозне забезпечення при невідкладній госпіталізації в межах ліміту 40 000,00 грн./рік та медикаментозне забезпечення при плановій госпіталізації в межах ліміту 10 000,00 грн./рік. Забезпечення медикаментами (в т.ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, зспокійливими та ноотропними препаратами), а також витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери).		

2.01.01. Медикаменти при плановому стаціонарному лікуванні	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).

2.01.01 Палата підвищеного комфорту	в межах ліміту	в межах ліміту
Розміщення у палатах підвищеного комфорту (1-3 місні), за наявності вільних місць в медичному закладі на момент госпіталізації.		

2.02 Невідкладна госпіталізація	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
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. Екстрена госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3-12 годин. Перелік станів за яких відбувається екстрена госпіталізація вказано у Додатку 1 до Програми страхування.		

2.02.01 Медикаменти при невідкладній госпіталізації	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік
Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).		

3 Швидка допомога

Список опцій	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%	всі клініки 100%

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

4 Стоматологія

Список опцій	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття

4.01 Планова та невідкладна стоматологічна допомога	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік
Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту		

4.01.01 Основні стоматологічні послуги

Консультації, первинний огляд фахівців; діагностика, включаючи рентгенографію та ін. методи; лікування: терапевтичне, хірургічне, встановлення тимчасових та постійних пломб, знеболювання, лікування слизової оболонки ротової порожнини, фізіотерапія

4.01.02 Зняття зубних відкладень	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

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

4.01.04 Лікування тканин пародонту	в межах ліміту	в межах ліміту
-------------------------------------------	----------------	----------------

Лікування тканин пародонту

4.01.08 Протезування /імплантація внаслідок НВ	в межах ліміту	в межах ліміту
-------------------------------------------------------	----------------	----------------

Планова консультація лікаря, підготовка до протезування та протезування, яке необхідне в наслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії договору.

4.01.09 Медикаментозне забезпечення	в межах ліміту	в межах ліміту
--------------------------------------------	----------------	----------------

Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря стоматолога в межах ліміту

6 Додаткові опції

Список опцій	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
6.01 Профілактичні опції	Так	Так

6.01.05 Вакцинація проти грипу	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
---------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Вакцинація проти грипу проводиться одноразово восени, тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України; Виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю більше 10 осіб.

6.01.13 Вакцинація від правця та сказу	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Антирабічна та протиправцева вакцинація за медичними показаннями: травми із пошкодженням шкірного та слизового покриву, окрім планової вакцинації згідно з календарем щеплень

9 Інше

Список опцій	Програма 8 "А" Діти (4-6 років)	Програма 9 "А" Діти (7-16 років)
9.04 Covid-19	Так	Так

9.04.01 Первинна консультація фахівця при Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Покриття первинної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.02 Повторна консультація фахівця при Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Покриття повторної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.03 Первинна лабораторна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Первинна лабораторна діагностика Covid-19 (наприклад: ПЛР-/ІФА-діагностика і т.п.), згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.04 Повторна лабораторна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
----------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Покриття ЗАК, СРБ, прокальцитонін (при підозрі на пневмонію) при перебігу захворювання за призначенням лікаря згідно Протоколів МОЗ. Повторна діагностика не передбачає проведення контрольних ПЛР/ІФА і т.п. досліджень.

9.04.06 Інструментальна діагностика Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Інструментальна діагностика (наприклад: КТ, УЗД легень тощо) при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19 згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.07 Медикаментозне забезпечення при лікуванні Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Медикаментозне лікування Covid -19 (крім експериментального лікування та не передбаченого протоколами МОЗ) препаратами за призначенням лікаря.

9.04.08 Стаціонарне лікування Covid-19	Так, в межах страхової суми	Так, в межах страхової суми
-----------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Оплата послуг при перебуванні Застрахованої особи у стаціонарі (ліжко-день, харчування, забезпечення киснем тощо) у клініках з переліку Страховика. Клініки класу 2, 3 - 100 % покриття; 1 - 70% покриття.

Програми	Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів
-----------------	-----------------------------------------------------

Страхова сума, грн	310 000
---------------------------	----------------

Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	25 077
----------------------------------------------------------	---------------

Умови страхування

Он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми). Он-лайн консультація здійснюється тільки через Партнера «МЕДІКІТ» та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ. Оформлення листків непрацездатності за результатами он-лайн консультації (відноситься до всіх опцій Програми)

Організація он-лайн консультацій до 20 звернень на рік

Оформлення до 4 листків непрацездатності на рік за результатом он-лайн консультації та в межах ліміту на он-лайн консультації

Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку за призначенням лікаря (якщо випадок є страховим) та якщо за висновком лікаря відсутні ознаки того, що захворювання/травма/стан/синдром та їх ускладнення є наслідком активної участі демобілізованої особи у бойових, військових діях та ліквідації їх наслідків (участі у захисті України від збройної агресії російської федерації). Якщо за висновком лікаря захворювання/травма/стан/синдром та їх ускладнення є наслідком активної участі демобілізованої особи у бойових, військових діях та ліквідації їх наслідків, діагностика та лікування такого випадку здійснюється за рахунок опції 9.03. «Воєнні ризики» в межах індивідуального ліміту.

Клас клінік	Відсоток покриття
Клас 1	100% Провідні фахівці 100%
Клас 2	100% Провідні фахівці 100%
Клас 3	100% Провідні фахівці 100%
Група клінік: Добробут	75% Провідні фахівці 75%

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, здійснюється в межах тарифів розрахункової ЛПЗ та виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Виплата страхового відшкодування за послуги отримані в договірному ЛПЗ здійснюється виключно у випадку, коли у Страховика відсутня можливість організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми.

Розрахунковий ЛПЗ по амбулаторно-поліклінічній та стаціонарній допомозі (у т. ч. за опціями Програми, що надаються в умовах амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги)

ТОВ "КЛІНІКА "ДЕНИС"

Розрахунковий ЛПЗ по стоматологічній допомозі

ТОВ "ДРІМ ДЕНТ"

Опції програми

1 Амбулаторно-поліклінічна допомога

Медична допомога в амбулаторних умовах. Діагностика та лікування гострих захворювань, хронічних захворювань в стадії загострення, розладів здоров'я внаслідок нещасного випадку (якщо випадок є страховим). Строк покриття страхового випадку - 30 днів з дати першого звернення до ЛПЗ. Первинні та повторні консультації; он-лайн консультації лікарів тільки через Партнера «МЕДІКІТ» (доступ з мобільного додатку myUNIQA) та без можливості організації он-лайн консультації на базі інших ЛПЗ; усі методи сучасної діагностики; оформлення та ведення медичної документації (лікарняні листи) медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію. Виклик лікаря-терапевта (провідного фахівця/експерта напряму з франшизою), при неможливості за станом здоров'я, відвідувати медичний заклад.

Список опцій

**Програма 10 "А+" (17-59 років)
для ветеранів**

Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 100% Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75% Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
1.01 Консультації лікарів в амбулаторних умовах	Так, в межах страхової суми
Первинні та повторні консультації лікарів різних спеціальностей, допомога медсестер.	
1.02 Виклик лікаря	Клас 1: клініки 100%; провідні фахівці 20%
Відсоток покриття класу клінік	Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 50% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 50%
Організація послуг за Програмою, а саме:	
1.02.01 Виклик лікаря до 30 км.	Так, в межах страхової суми
Виклик лікаря (сімейного лікаря, терапевта, педіатра) додому та в офіс при неможливості за станом здоров'я відвідувати медичний заклад. Виїзд в межах 30 км. зони від адміністративної межі міста, з якого викликається лікар (при наявності послуги в регіоні). Відкриття лікарняних листків по страховим випадкам медичними закладами, які мають на це відповідну ліцензію	
1.03 Альтернативна консультація	Так, в межах страхової суми
Організація послуг за Програмою, а саме:	
1.03.01 Альтернативна консультація базова	Так, в межах страхової суми
Альтернативні консультації за призначенням лікаря в складних випадках	
1.04 Діагностика інструментальна в умовах поліклініки	Так, в межах страхової суми
Інструментальна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря (включаючи КТ та МРТ) в тому числі з використанням анестезії (без медикаментозного сну) за призначенням лікаря	
1.05 Діагностика лабораторна в умовах поліклініки	Так, в межах страхової суми
Лабораторна діагностика згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ за призначенням лікаря	
1.06 Медичні процедури та маніпуляції	Так, в межах страхової суми
Проведення згідно протоколів МОЗ/настанов МОЗ медичних процедур та маніпуляцій (в т.ч. ін'єкції, малі хірургічні втручання, перев'язки, зняття гіпсу, тощо) за призначенням лікаря в амбулаторних умовах, у т.ч. із застосуванням знеболення (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій)	
1.08 Денний стаціонар/Стаціонар на дому	Так, в межах страхової суми
Діагностика та лікування в умовах денного стаціонару/стаціонару на дому при наявності медичних показань	
1.11 Гінекологія/урологія	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:	
1.11.01 Гінекологія/урологія - додаткове покриття	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика та 1 (один) курс лікування (у т.ч. контрольна діагностика та контрольна консультація) з приводу наступних захворювань: гострих або хронічних кольпітів, цервицитів, вульвовагінітів, дисбіозів/дисбактеріозів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони не є складовою змішаної інфекції	

1.11.05 Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ)	Обмеження по кількості послуг/сеансів: 2 на рік
Діагностика ЗПСШ 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах ліміту по кількості збудників	
1.12 Масаж, мануальна терапія	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:	
1.12.03 Мануальна терапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.	
1.12.04 Масаж лікувальний	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
10 сеансів - однієї масажної зони 1 раз на рік (1 сеанс в день масажу) за призначенням лікаря в межах одного неподільного курсу консервативного лікування строком 14 днів з дати встановлення діагнозу, в т. ч. при діагнозах: остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків. Діагноз має бути остаточно встановлений та підтверджений інструментальною діагностикою.	
1.13 Фізіотерапевтичні процедури	Так
Організація послуг за Програмою, а саме:	
1.13.01 Фізіотерапія	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік Кількість послуг/сеансів: 10 на страховий випадок
Не більше 10 сеансів (електролікування, світлолікування, інгаляції, лікування ультразвуком) 1 раз на рік.	
1.13.04 ЛФК	Кількість послуг/сеансів: 6 на рік
100% покриття одного (першого) заняття з ЛФК за призначенням лікаря. Покриття наступних п'яти занять з ЛФК з франшизою 50%.	
1.14 Медикаментозне забезпечення при АПД	Так
Забезпечення медикаментами згідно протоколів/настанов МОЗ за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожний страховий випадок в мережі аптек-партнерів. Доставка медикаментів додому або в офіс в межах міської смуги (на умовах постачальника).	
1.14.01 Лікарські засоби та витратні матеріали	Так, в межах страхової суми
Медикаменти та засоби для проведення медичних маніпуляцій: шприци, бинти, вата, одноразові гумові рукавички, перев'язувальний матеріал, гіпсові пов'язки (в т.ч. типу скотчкаст, турбокаст), одноразові леза, шовний матеріал	
1.14.02 Пробіотики	Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.	
1.14.03 Препарати для гормональної терапії	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.04 Фітопрепарати Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.05 Гомеопатичні препарати Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.06 Статини Обмеження по кількості страхових випадків:
1 на рік
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів 1 раз на рік на страховий випадок, при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.07 Хондропротектори Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.08 Гепатопротектори Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок.

1.14.09 Ферменти Так, в межах страхової суми
У складі комплексного лікування за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів на кожен страховий випадок при гострому чи загостренні хронічного захворювання.

1.14.10 Вітамінні препарати Так, в межах страхової суми
Моновітамінні препарати за призначенням лікаря, неподільним курсом до 30 днів від дати призначення, по страховим випадкам

1.14.12 Психотропні препарати Так, в межах страхової суми
Психотропні препарати (седативні, заспокійливі, снодійні, ноотропні).
За призначенням лікаря, неподільним курсом, по страховим випадкам

2 Стаціонарна допомога

Консультації лікарів-фахівців усіх профілів; лабораторна та інструментальна діагностика; терапевтичне і хірургічне лікування; анестезіологічна допомога; фізіотерапія в умовах стаціонару.

Список опцій **Програма 10 "А+" (17-59 років)
для ветеранів**

Відсоток покриття класу клінік
Клас 1: клініки 70%; провідні фахівці 70%;
Добробут 75%; Провідні фахівці Добробут 75%;
Клас 2: клініки 100%; провідні фахівці 100%
Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%

2.01 Планова госпіталізація Обмеження по кількості страхових випадків:
1 на рік

Планове стаціонарне лікування за направленням лікаря по страховому випадку, що може бути відкладений на 24 години, або більше. Проведення оперативного втручання для лікування хронічного захворювання по страховому випадку враховуючи перелік винятків Страховика. Розміщення у 1-2 місних палатах, харчування в умовах стаціонару по нормативам медичного закладу. Медикаментозне забезпечення при невідкладній госпіталізації в межах ліміту 40 000,00 грн./рік та медикаментозне забезпечення при плановій госпіталізації в межах ліміту 10 000,00 грн./рік. Забезпечення медикаментами (в т.ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери).

2.01.01. Медикаменти при плановому стаціонарному лікуванні

Обмеження по кількості страхових випадків:
1 на рік
Ліміт: 10 000 грн. на Застраховану особу на рік

Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).

2.01.01 Палата підвищеного комфорту

в межах ліміту

Розміщення у палатах підвищеного комфорту (1-3 місні), за наявності вільних місць в медичному закладі на момент госпіталізації.

2.02 Невідкладна госпіталізація

Так, в межах страхової суми

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. Екстрена госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в стаціонарі в перші 3-12 годин. Перелік станів за яких відбувається екстрена госпіталізація вказано у Додатку 1 до Програми страхування.

2.02.01 Медикаменти при невідкладній госпіталізації

Ліміт: 40 000 грн. на Застраховану особу на рік

Забезпечення медикаментами (в т. ч. гомеопатичними препаратами, пробіотиками, заспокійливими та ноотропними препаратами), а також засобами для медичних процедур (шприці, бинти, вата, катетери, одноразові гумові рукавички, одноразові леза, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал).

3 Швидка допомога

Список опцій

Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів

Відсоток покриття класу клінік

всі клініки 100%

3.01 Швидка допомога в межах 30 км.

Так, в межах страхової суми

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

4 Стоматологія

Список опцій

Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів

Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100%; Добробут 75% покриття
4.01 Планова та невідкладна стоматологічна допомога	Ліміт: 3 200 грн. на Застраховану особу на рік
Планова та невідкладна стоматологічна допомога в межах ліміту	
4.01.01 Основні стоматологічні послуги	
Консультації, первинний огляд фахівців; діагностика, включаючи рентгенографію та ін. методи; лікування: терапевтичне, хірургічне, встановлення тимчасових та постійних пломб, знеболювання, лікування слизової оболонки ротової порожнини, фізіотерапія	
4.01.02 Зняття зубних відкладень	в межах ліміту Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Зняття твердих та м'яких зубних відкладень, в межах встановленого ліміту	
4.01.04 Лікування тканин пародонту	в межах ліміту
Лікування тканин пародонту	
4.01.08 Протезування /імплантація внаслідок НВ	в межах ліміту
Планова консультація лікаря, підготовка до протезування та протезування, яке необхідне в наслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії договору.	
4.01.09 Медикаментозне забезпечення	в межах ліміту
Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря стоматолога в межах ліміту	
6 Додаткові опції	
Список опцій	Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів
6.01 Профілактичні опції	Так
6.01.05 Вакцинація проти грипу	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Вакцинація проти грипу проводиться одноразово восени, тип вакцини визначається рекомендаціями МОЗ України; Виїзд спеціалізованої медичної бригади в офіс для проведення вакцинації колективу чисельністю більше 10 осіб.	
6.01.11 Корекція зору	Ліміт: 1 000 грн. на Застраховану особу на рік
Діагностика гостроти зору, лікування офтальмологічних захворювань (окрім апаратного лікування) в т.ч. медикаментозне забезпечення в межах річного індивідуального ліміту.	
6.01.13 Вакцинація від правця та сказу	Так, в межах страхової суми
Антирабічна та протиправцева вакцинація за медичними показаннями: травми із пошкодженням шкірного та слизового покриву, окрім планової вакцинації згідно з календарем щеплень	
6.04 Діагностика та лікування захворювань з переліку винятків (індивідуальний ліміт)	Ліміт: 4 000 грн. на Застраховану особу на рік
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців

Діагностика та лікування захворювань-винятків; медикаментів та послуг, що входять до переліку винятків Страховика, у т.ч діагностика та один курс амбулаторного/терапевтичного стаціонарного лікування остеохондрозу та інших дорсопатій, в межах індивідуального ліміту. Ліміт не може використовуватись для збільшення лімітів на стоматологічну допомогу, корекцію зору та ін.

6.05 Діагностика та лікування захворювань з переліку винятків (корпоративний ліміт)	Корпоративний ліміт по сумі: 2 656 500 грн. на рік
Відсоток покриття класу клінік	всі клініки 100% включаючи провідних фахівців
Організація та оплата вартості медикаментів, медичних послуг, діагностики та лікування захворювань, що входять до переліку винятків Страховика. Ліміт може використовуватись для покриття франшиз, збільшення лімітів, отримання медичних послуг та товарів, що не передбачені Програмою	

6.08 Ведення вагітності	Ліміт: 3 500 грн. на Застраховану особу на рік
Покриття тільки У РАЗІ УСКЛАДНЕНЬ протікання вагітності та пологів в межах річного ліміту 3500 грн., або разова виплата за фактом народження дитини 2500 грн. в межах загального ліміту по опції (тільки по полісу матері дитини). Тимчасова франшиза - 5 календарних місяців з дати укладання договору для нових ЗО, які приймаються на страхування вперше. При настанні випадку в строк до 5 місяців, випадок не вважається страховим. Тимчасова франшиза відсутня при пролонгації договору.	

7 Критичні захворювання

Список опцій	Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів
7.01 Цукровий діабет	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика і перший курс СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ цукрового діабету (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору.	
7.02 Туберкульоз	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Відсоток покриття класу клінік	Клас 1: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 2: клініки 0%; провідні фахівці 0% Клас 3: клініки 100%; провідні фахівці 100%
Діагностика і перший курс лікування строком 30 днів (у т.ч. при невідкладних станах та ускладненнях) вперше виявленого під час дії договору туберкульозу.	
7.03 Новоутворення	Так
7.03.03 Лікування злоякісних новоутворень	Ліміт: 100 000 грн. на страховий випадок Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік
Діагностика і перший курс амбулаторного або стаціонарного лікування (включаючи хірургічне лікування, хіміотерапію, радіотерапію) вперше виявлених під час дії договору злоякісних новоутворень.	

8 Окремі групи захворювань

Список опцій	Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів
8.02 Діагностика та лікування вірусних гепатитів	Обмеження по кількості страхових випадків: 1 на рік

Діагностика гострих та хронічних вірусних гепатитів В,С, D,E вперше виявлених.
1-курс амбулаторного або стаціонарного лікування гострих та хронічних вірусних гепатитів В,С, D,E вперше виявлених.

8.06 Діагностика та лікування ВСД, НЦД, мігрень, астено-невротичний синдром

Обмеження по кількості страхових випадків:
1 на рік

Діагностика та 1 курс амбулаторного лікування строком 30 днів вегето-судинної дистонії (ВСД) або нейро-циркулярної дистонії (НЦД)

8.16 Бронхіальна астма

Обмеження по кількості страхових випадків:
1 на рік

Діагностика та 1 курс амбулаторного або стаціонарного лікування вперше виявленої бронхіальної астми

8.17 Проведення операції на серці та судинах

Корпоративний ліміт по сумі:
900 000 грн. на рік

Інфаркт міокарду, інсульт, хвороби серця, що вимагають стентування, АКШ, оперативного втручання, вперше виявлених в житті Застрахованої особи в період дії договору.

9 Інше

Список опцій

Програма 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів

9.01 Дострахування родичів на корпоративних умовах

Так, в межах страхової суми

Протягом першого місяця з дати укладання Договору співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом», на страхування можуть бути прийняті його родичі першого ступеня спорідненості віком від 17 до 59 років (чоловік, дружина, діти до 17 років), на корпоративних умовах. Батько, мати, діти (від 0 до 17 років) співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» можуть бути прийняті на страхування за програмами для родичів з урахуванням віку та наданням свідоцтва про народження (для дітей). Страхування родича першої лінії спорідненості співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» віком від 60 років можливе при наданні заяви-анкети на страхування. Родичі першої лінії спорідненості співробітника ДП «Національна атомна енергогенеруюча компанія «Енергоатом» віком понад 65 років на страхування не приймаються.

9.03 Воєнні ризики

Ліміт:
10 000 грн. на Застраховану особу на рік

Покриття витрат з приводу захворювань/травм/станів/синдромів та їх ускладнень, що прямо чи опосередковано пов'язані з військовими подіями, що визначені в Переліку винятків. Сума індивідуального ліміту не підлягає об'єднанню з іншими лімітами/опціями або переносу невикористаного залишку на інші ліміти/опції.

9.04 Covid-19

Так

9.04.01 Первинна консультація фахівця при Covid-19

Так, в межах страхової суми

Покриття первинної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.02 Повторна консультація фахівця при Covid-19

Так, в межах страхової суми

Покриття повторної консультації фахівця при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19, в т.ч. виклик лікаря додому.

9.04.03 Первинна лабораторна діагностика Covid-19

Так, в межах страхової суми

Первинна лабораторна діагностика Covid-19 (наприклад: ПЛР-/ІФА-діагностика і т.п.), згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.04 Повторна лабораторна діагностика Covid-19

Так, в межах страхової суми

Покриття ЗАК, СРБ, прокальцитонін (при підозрі на пневмонію) при перебігу захворювання за призначенням лікаря згідно Протоколів МОЗ. Повторна діагностика не передбачає проведення контрольних ПЛР/ІФА і т.п. досліджень.

9.04.06 Інструментальна діагностика Covid-19

Так, в межах страхової суми

Інструментальна діагностика (наприклад: КТ, УЗД легень тощо) при підозрі на Covid -19 та/або у випадках, пов'язаних з Covid -19 згідно Протоколів МОЗ за призначенням лікаря.

9.04.07 Медикаментозне забезпечення при лікуванні Covid-19

Так, в межах страхової суми

Медикаментозне лікування Covid -19 (крім експериментального лікування та не передбаченого протоколами МОЗ) препаратами за призначенням лікаря.

9.04.08 Стаціонарне лікування Covid-19

Так, в межах страхової суми

Оплата послуг при перебуванні Застрахованої особи у стаціонарі (ліжко-день, харчування, забезпечення киснем тощо) у клініках з переліку Страховика. Клініки класу 2, 3 - 100 % покриття; 1 - 70% покриття.

ПЕРЕЛІК ЕКСТРЕНИХ СТАНІВ

1. Інфекційні та паразитарні хвороби:

- 1.1. Дифтерія. Менінгококова інфекція. Ботулізм. Бруцельоз. Черевний тиф. Геморагічні лихоманки.
- 1.2. Вірусний гепатит (крім хронічної форми).Лептоспіроз. Дизентерія. Малярія. Лептоспіроз.
- 1.3. Гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання. Правець.
- 1.4. Енцефаліт гострий (сипнотифозний, кліщовий весняно-літній, некротичний, геморагічний).

2. Хвороби ендокринної системи:

- 2.1. Діабет (коматозний стан).
- 2.2. Хвороби щитовидної залози (мікседемаматозна кома, тіреотоксичний криз).
- 2.3. Хвороби паращитовидної залози (гіпер- та гіпокальціємічні кризи).
- 2.4. Хвороби наднирникової залози (гостра наднирникова недостатність, феохромацитомний криз).
- 2.5. Гіпопітуїтарна кома.

3. Хвороби нервової системи та органів відчуття:

- 3.1. Гостре порушення мозкового кровообігу.
- 3.2. Травми нервової системи, які потребують ургентної госпіталізації.
- 3.3. Коми, напади та інші критичні стани.
- 3.4. Гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 3.5. Гострі процеси та травми ока.
- 3.6. Гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа.

4. Хвороби системи кровообігу:

- 4.1. Гіпотонічна хвороба (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 4.2. Гострий інфаркт міокарду (гострий коронарний синдром, кардіогенний шок)
- 4.3. Нестабільна стенокардія (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 4.4. Гостре порушення серцевого ритму.
- 4.5. Гостра серцева недостатність. набряк легенів.
- 4.6. Емболія та гострий тромбоз магістральних судин.
- 4.7. Гіпертонічний криз. Гострі міокардити, перикардити, ендокардити.

5. Хвороби органів дихання:

- 5.1. Гострі порушення прохідності верхніх дихальних шляхів (крім випадків, які виникли в результаті суїцидальних спроб).

5.2. Гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).

5.3. Бронхіальна астма (астматичний статус). Пневмоторакс.

6. Хвороби та ураження органів травлення:

6.1. Перитоніт. Перфорації шлунку та кишок.

6.2. Гострий апендицит, дивертикуліт. Защемлена кила.

6.3. Гостра кишкова непрохідність.

6.4. Гострий холецистит. Гострий панкреатит (панкреонекроз).

6.5. Шлунково-кишкова кровотеча. Тромбоз мезентеріальних судин.

6.6. Абсцеси черевної порожнини. Гостра печінкова недостатність.

7. Хвороби сечостатевої системи:

7.1. Гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).

7.2. Гостра ниркова недостатність. Ниркова коліка, що не купується. Гостра затримка сечі.

8. Гостра акушерсько-гінекологічна патологія:

8.1. Гостре запалення органів жіночої сечостатевої сфери (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).

8.2. Масивні кровотечі із статевих шляхів.

8.3. Інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій.

9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів:

9.1. Гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів, тощо (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).

10. Травми:

10.1. Переломи кісток черепа. Переломи хребта та кісток тулуба.

10.2. Переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки.

10.3. Ураження суглобів та м'язів. Внутрішньочерепні травми.

10.4. Травми внутрішніх органів. Ураження голови, шиї і тулуба.

10.5. Ураження верхньої та нижньої кінцівки.

10.6. Ураження кровоносних судин (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги).

10.7. Опіки, відмороження II-III ст. Теплові, сонячні удари (стани що потребують екстреної допомоги).

10.9. Отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного).

11. Симптоми, ознаки та неточно зазначені стани:

11.1. Кома. Ступор. Судоми. Шок будь-якої етіології. Асфіксія. Масивна кровотеча.

ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

(якщо інше не передбачено умовами Договору або Програмою)

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

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

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

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

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

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

1.1.4. що прямо чи опосередковано пов'язані з:

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

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

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

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

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

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

1.1.5. що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф;

1.1.6. особливо небезпечні інфекції згідно чинних Наказів МОЗ України;

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

1.2. За кодом МКХ-10:

Код за МКХ-10¹

1.2.1.	Радіаційні ураження (променева хвороба) та інші захворювання і наслідки дії радіації та іонізуючого випромінювання, радіоактивного забруднення, хімічного, бактеріологічного забруднення	T66, L58, L59
1.2.2.	За 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 імунодефіцити	D80 -D85, D89
1.2.10.	Вірусносійство, бактеріоносійство	<u>Z21</u> - Z22
1.2.11.	Алергічні захворювання, atopічний дерматит (нейродерміт)	L20, L23, L50.0, L56.1, J30.1-J30.4, H10.1

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

1.2.12.	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.	Онїходистрофія, зміни нігтя	L60, L62
1.2.16.	Вугрі (акне), розацеа	L70-L71, L73.0-L73.1, L73.8-L73.9
1.2.17.	Порушення пігментації та росту: шкіри та волосся (алопеція, гіпертрихоз, кератодермії); вітіліго, мозолі тощо	L57, L63-L68, L80-L82, L89-L99,
1.2.18.	Контагіозний моллюск	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,	N91-N95

	гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.), атипіві маткові кровотечі, що не супроводжуються значною та різкою крововтратою	
1.2.30.	Системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші)	M02 – M03, M05 -M14, 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.	За захворювання, які є причиною встановлення інвалідності, їх наслідки та ускладнення	-
1.2.33.	За 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.	Халазіон	H00.1
1.2.38.	Мігрень, головний біль напруги	G43, G44
1.2.39.	Поліневропатії та інші ураження периферичної нервової системи	G60-G64

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

Код за МКХ-10

2.1.	Вегето-судинні дистонії, нейро-циркуляторні дистонії	G90.8-G90.9
2.2.	Цукровий діабет	E10-E14
2.3.	Туберкульоз	A15-A19
2.4.	Злоякісні новоутворення, новоутворення невизначеного або невідомого характеру	C00-C97, D00-D09 D37-D48
2.5.	Доброякісні новоутворення та кістозні, поліпозні утворення будь якої локалізації	D10-D36, D17.0-D17.3, M67.4, M71.2, M71.3, J33, J34.4, K62.0,

		K62.1, K63.5, K86.2, K86.3, L72.
2.6.	Варикозне розширення вен будь-якої локалізації	I83, I85-I86
2.7.	Геморой	K64
2.8.	Хронічна венозна недостатність	I87.2
2.9.	Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера)	I73.1
2.10.	Хвороба Рейно	I73.0
2.11.	Синдром «сухого ока», Комп'ютерний синдром	H04.1, H58.8
2.12.	Кератоконус	H18.6.
2.13.	Катаракта	H25-H26, H28
2.14.	Захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.)	H30-H36
2.15.	Глаукома	H40-H42
2.16.	Косоокість	H49-H51
2.17.	Далекозорість (гіперметропія), короткозорість (міопія), астигматизм	H52
2.18.	Астенопія	H53.1
2.19.	Хронічна ниркова недостатність	N18
2.20.	Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудники якої перелічені в пп.1.2.2, 1.2.4	N34, N41, N48.1, N72, N76
2.21.	Доброякісні дисплазії молочної залози (в т.ч. дифузна кістозна мастопатія та інші)	N60
2.22.	Мастодинія	N64.4
2.23.	Незапальні хвороби жіночих статевих органів	N80- N98
2.24.	Кардіосклероз	I25.1
2.25.	Атеросклероз	I70, I67.2
2.26.	Енцефалопатії будь-якого генезу	I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4
2.27.	Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлія	G10-G14, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95
2.28.	Подагра	M10, M14.0
2.29.	Остеоартроз, артроз, остеоартрит	M15-M19
2.30.	Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т.ч. набуті деформації кінцівок	M21

2.31. Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска	M23.1-M 23.3
2.32. Сколіоз, кіфоз та лордоз	M41, M40, M96
2.33. Остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків	M42-M43, M47, M91-M94, M50-M54 G54 – G55
2.34. Анкілозуючий спонділоартрит	M45
2.35. Фібропластичні порушення в т. ч. плантарний (підшовний) фасциїт (пя'ткова шпора)	M72
2.36. Остеопороз	M80-M83
2.37. Хвороба Крона. Виразковий коліт	K50, K51
2.38. Дисбіоз, дисбактеріоз будь-якої локалізації	K63.8, R19.8
2.39. Саркоїдоз	D86
2.40. Ревматизм (ревматична лихоманка)	I00-I02, I05-I09
2.41. Кардіоміопатії	I42-I43
2.42. Бронхіальна астма	J45
2.43. Сечокам'яна хвороба	N20-N23
2.44. Дегенеративно-дистрофічні зміни органів та тканин	M22.4, M24.5, M24.6, M25.7 M65.2, M71.4 M94.2, M94.3, M75.0- M75.3, M77. M92.5 M93.1, M94.0,

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

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

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

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

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

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

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

**Код за АТХ (АТС)
класифікацією²**

3.6.1. Гомеопатичні, в т.ч. антигомотоксичні засоби

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

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.	Пробіотики, 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.	Опіюїди	N02A
3.6.18.	Протипаркінсонічні засоби	N04
3.6.19.	Засоби що застосовуються при адиктивних розладах	N07B

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

- медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат, аптечні експерстести, тест-смужки і розхідні матеріали для глюкометрів.
- 3.8.** діагностика та лікування, які не передбачені діючими галузевими стандартами та клінічними настановами затвердженими Державним експертним центром МОЗ України, у т. ч. розміщеними на сайтах <https://www.dec.gov.ua/>, <https://moz.gov.ua/>, <https://likicontrol.com.ua/>, <http://www.drلز.com.ua/>, <https://compendium.com.ua/>, діагностика та лікування станів, що не містяться в переліку МКХ 10;
- 3.9.** лікарські засоби, товари медичного призначення, медичні послуги, призначені з метою профілактики, необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення рецидивів і ускладнень; профілактичні послуги, санаторно-курортне лікування, заняття в басейні чи на тренажерах; медичні та профілактичні огляди, в тому числі для отримання дозволів на керування транспортним засобом, володіння зброєю, для вступу у навчальні/дошкільні заклади; оформлення документації для МСЕК, встановлення інвалідності, стійкої втрати працездатності, ВЛК, оформлення документації, що не відноситься до страхового випадку; послуги з медичної реабілітації, в тому числі комплекс психологічних, педагогічних, професійних та юридичних заходів;
- 3.10.** послуги психолога, логопеда, психіатра, психотерапевта, психоаналітика, дієтолога, нутріціолога, сурдолога, імунолога, генетика, подолога, трихолога, нарколога, альголога, фоніатра, сексопатолога, репродуктолога, консультанта з грудного вигодовування, андролога, протезіолога/протезіста;
- 3.11.** Фізіологічна вагітність після встановленого діагнозу, яка не має медичних показів до переривання і не ускладнена матковою кровотечею, пологи, неінвазивний пренатальний тест (НИПТ) Z32.1- Z39.2
- 3.12.** ВМС (внутрішньоматкова спіраль) та будь-які маніпуляції пов'язані з нею
- 3.13.** імунограма, ліпидограма та окремі її показники
- 3.14.** будь-які послуги, крім зазначених в Програмі;
- 3.15.** оптична та лазерна корекція зору;
- 3.16.** мануальна терапія, масаж та всі його види, міорелаксація, голкорексфлексотерапія, кріомасаж, кріотерапія, бальнеологічні процедури (душ Шарко, мінеральні ванни, гідромасаж, тощо), підводне витягування, лікувальна фізкультура, кінезотерапія, ударно-хвильова терапія, міофасціальний реліз, тейпування, лазерна, радіохвильова, аргонноплазмова терапія, фототерапія;
- 3.17.** косметичні, пластичні та реконструктивні операції, коли пластична хірургія не є необхідна за життєвими показниками або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні внаслідок нещасного випадку, (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, вазотомія, конхотомія, артроскопічні операції, хірургічне лікування анальних тріщин тощо), операції на серці та судинах (в тому числі стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу, тощо). Операції направлені на зміну ваги, модифікацію тіла, трансгендерний перехід (зміна статі);
- 3.18.** транспортні витрати, починаючи від 31 км. від адміністративно-територіального кордону міста (крім витрат на транспортування Застрахованої особи яка перебуває на стаціонарному лікуванні, 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 показами вважаються: температура тіла 38°C та вище, симптоми харчової токсикоінфекції: блювота, діарея, генералізований висип, підвищення артеріального тиску більше ніж на 30 мм рт ст або зниження від норми звичайних показників для конкретної Застрахованої особи, що унеможливають самостійний візит 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).

Страховик

ПрАТ «СК «УНІКА»

Страхувальник

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

М.П.

(підпис)

М.П.

(підпис)

Заява-приєднання (Акцепт) № _____

до Загальних умов стандартного страхового продукту «Моє здоров'я» з кодом 1118
(Індивідуальна частина договору)
Код клієнта: 737

м. Київ _____

Ця Заява - приєднання (надалі - Акцепт) є індивідуальною частиною договору медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Моє здоров'я» з кодом 1118, код клієнта: 737 (надалі – Договір) та підтверджує укладення договору шляхом приєднання до Загальних умов стандартного страхового продукту «Моє здоров'я», з кодом 1118, код клієнта: 737 (далі – Умови), які є публічною частиною Договору, затверджені Наказом №143 від 17.12.2025 року, вступають в дію з 01.01.2026 року та розміщені на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1118_umovu_01.01.2026.pdf. Цей Акцепт та Умови разом складають Договір. Договір укладається 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. СТРАХОВИК: Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «УНІКА»,

Код ЄДРПОУ – 20033533,

адреса місцезнаходження Страховика: 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. "В", внесено до Реєстру фінансових установ розпорядженням Держфінпослуг №1224 від 24.06.2004 р., реєстраційний номер 11100836.

Контактний телефон Центру підтримки Клієнтів: +38 (044) 225 60 00; +38 (066) 170 03 73 (Vodafone); +38 (097) 170 03 73 (Київстар); +38 (093) 170 03 73 (Lifecell).

2. СТРАХУВАЛЬНИКМісце проживання /
перебування

Дата народження

РНОКПП

Контактні дані

Паспорт

**3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС.
ВИГОДОНАБУВАЧ****3.1.** Предметом цього Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.**3.2.** Об'єктом страхування за цим Договором є здоров'я Застрахованої особи.

3.3. При укладенні договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

3.4. Вигодонабувачами за Договором можуть бути:

3.4.1. Лікувально-профілактичний заклад (надалі – ЛПЗ), що надавав передбачену Договором медичну допомогу Застрахованій особі;

3.4.2. Застрахована особа, з урахуванням пп. 7.4, 7.5 Умов, яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги.

3.4.3. Інші особи згідно чинного законодавства України.

4. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

ПІБ	
Місце проживання / перебування	
Дата народження	
РНОКПП	
Контактні дані	
Паспорт	

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

5.1. Страховими ризиками є:

5.1.1. Гостре захворювання Застрахованої особи;

5.1.2. Загостренням хронічного захворювання Застрахованої особи;

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

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

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

5.3. Строк дії Страхового випадку визначений у п. 5.4 Умов.

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 №2 до 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: особи яким на дату укладення Договору виповнився 71 рік або особи з інвалідністю 1, 2 груп та особи з інвалідністю з дитинства. В разі неповідомлення Страхувальником про наявність групи інвалідності у Застрахованої особи до початку дії Договору, Договір не створює юридичних наслідків стосовно такої Застрахованої особи відповідно до ст. 216 Цивільного кодексу України, та Страховик не несе відповідальності за подіями, що мали місце стосовно такої Застрахованої особи.

6.4. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до ЛПЗ після

закінчення строку дії Страхового випадку (у разі звернення до ЛПЗ у зв'язку з одним і тим же випадком) або після закінчення строку дії Договору.

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

7. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ

7.1. Назва Програми	
---------------------	--

8. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

8.1. Страхова сума на одну Застраховану особу для Програми 1 "А+" (17-59 років), Програми 2 "А+" (60-70 років), Програми 3 "В+" (60-70 років), Програми 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів, грн.	310 000 грн.
8.2. Страхова сума на одну Застраховану особу для Програми 4 "А+" Родичі (17-59 років), Програми 5 "В+" Родичі (60-65 років), Програми 6 Діти "А" (до 1 року), Програми 7 "А" Діти (1-3 роки), Програми 8 "А" Діти (4-6 років), Програми 9 "А" Діти (7-16 років), грн.	250 000 грн.
8.3. Ліміти відповідальності Страховика за окремими опціями Програми	<p>8.3.1. Індивідуальний ліміт на опцію «Корекція зору» для Програми 1 "А+" (17-59 років), Програми 2 "А+" (60-70 років), Програми 3 "В+" (60-70 років), Програми 4 "А+" Родичі (17-59 років), Програми 5 "В+" Родичі (60-65 років), Програми 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів - 1 000 грн.</p> <p>8.3.2. Індивідуальний ліміт на опцію «Стоматологічна допомога» для Програми 1 "А+" (17-59 років), Програми 2 "А+" (60-70 років), Програми 3 "В+" (60-70 років), Програми 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів - 3 200 грн.</p> <p>8.3.3. Індивідуальний ліміт на опцію «Стоматологічна допомога» для Програми 4 "А+" Родичі (17-59 років), Програми 5 "В+" Родичі (60-65 років) - 3 000 грн.</p> <p>8.3.4. Індивідуальний ліміт на опцію «Стоматологічна допомога» для Програми 6 Діти "А" (до 1 року), Програми 7 "А" Діти (1-3 роки), Програми 8 "А" Діти (4-6 років), Програми 9 "А" Діти (7-16 років) – 1 000 грн.;</p> <p>8.3.5. Індивідуальний ліміт на опцію «Діагностика та лікування захворювань з переліку винятків» для Програми 1 "А+" (17-59 років), Програми 2 "А+" (60-70 років), Програми 3 "В+" (60-70 років), Програми 4 "А+" Родичі (17-59 років), Програми 5 "В+" Родичі (60-65 років), Програми 10 "А+" (17-59 років) для ветеранів - 4 000 грн.</p>

8.3.6. Індивідуальний ліміт на опцію «Воєнні ризики» для Програми 10 “А+” (17-59 років) для ветеранів – 10 000 грн.

9. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

9.1. Страхівий тариф, %	
9.2. Страхівий платіж на одну Застраховану особу за Програмою відповідно до п. 3.1. Умов, грн.	
9.3. Періодичність сплати Страхівий платежу	Одноразово при укладанні Договору
9.4. Гранична дата сплати Страхівий платежу (включно)	_____

9.5. Відомості для сплати страхових платежів за Договором:

IBAN UA _____ **в** _____, **ЄДРПОУ** _____.

Призначення платежу: згідно Договору страхування /=XXXXXX/XXXX/XXXXXX=/ страховий платіж без ПДВ. Порядок повідомлення Страхувальника про зміну реквізитів згідно з п. 13.1.4. Умов.

9.5.1. Порядок сплати Страхівий платежу за Договором (п. 9.2. Акцепту) – Страхівий платіж сплачується 1 (один) раз на рік у безготівковій формі до настання граничної дати сплати Страхівий платежу (включно), зазначеної у п. 9.4. Акцепту.

9.5.2. Датою оплати Страхівий платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика.

10. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ

10.1. Строк дії Договору з 00 год. 00 хв. _____ до 24 год. 00 хв. _____.

Можливість продовження строку дії Договору, укладеного протягом строку дії Умов, не передбачена.

10.2. Договір набирає чинності та Страхове покриття починає діяти з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, що зазначена у п. 10.1. Акцепту як дата початку строку дії Договору.

10.3. Договір та Страхове покриття діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) дати, що зазначена у п.10.1. Акцепту як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору, з урахуванням умов Договору щодо сплати Страхівий платежу.

10.4. Період страхування за Договором – 1 (один) рік.

11. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

11.1. Територія дії Договору - Україна, з урахуванням розділу 4 Умов.

12. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ТА ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

12.1. 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 (096) 170 03 72 (Київстар)
 - +38 (050) 170 03 72 (Vodafone)
 - +38 (093) 170 03 72 (Lifecell)
- **Для виклику невідкладної допомоги:**
 - +38 (067) 464 56 22
- **Telegram, Viber, Messenger** чат через публік-акаунт UNIQAua (перехід та підключення з віджету на сайті <https://uniqa.ua>).
- **Мобільний застосунок MyUNIQA Ukraine.**



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

12.3. Застрахована особа має право самостійно звернутися до ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, та/або право самостійно оплатити вартість медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких ЛПЗ виключно у випадку відсутності можливості у Страховика організувати такий Застрахованій особі медичну допомогу та/або послугу відповідно до умов її Програми протягом 8 (восьми) годин з моменту реєстрації звернення Застрахованої особи до Медичного асистансу з урахуванням режиму роботи ЛПЗ, що має договірні відносини із Страховиком та в якому Страховик організовує надання послуг Застрахованій особі (окрім випадку, передбаченого п. 7.5 Умов).

12.4. Застрахована особа має право самостійно звернутися в ЛПЗ без попереднього звернення до Страховика у випадках, передбачених п. 7.5 Умов.

12.5. 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.

12.6. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику) здійснюється Страховиком упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення Страхової виплати шляхом, зазначеним у Заяві на страхову виплату.

12.7. 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.

12.8. У разі продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні Страхової виплати, Страховик інформує Застраховану особу письмово з обґрунтуванням причин подовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні Страхової виплати протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення.

12.9. 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.

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

13. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

За захистом своїх прав споживачі фінансових послуг можуть звернутись:

- до ПрАТ «СК «УНІКА» за адресою місцезнаходження: Україна, 04112, м. Київ, вул. Олени Теліги, буд. 6, літ. «В»; за електронною адресою: quality@uniqa.ua або заповнивши форму «Зворотного зв'язку» на вебсайті Страховика <https://uniqa.ua/contacts/feedback/>, де споживач може детально ознайомитись з порядком розгляду звернень;
- до органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг та має повноваження на захист прав споживачів фінансових послуг, — Національного банку України (НБУ), за контактами, які розміщені на вебсторінці <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>.

Звернення розглядаються згідно з Законом України «Про звернення громадян».

14. ІНШІ ІСТОТНІ УМОВИ ДОГОВОРУ

14.1. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі. Технологія, порядок укладання і підписання Договору передбачені Розділом 11 Умов.

14.2. Будь-які зміни та доповнення до Договору (крім змін до Умов, які є Публічною частиною Договору) можуть бути внесені тільки за домовленістю Сторін, шляхом укладення нового договору страхування та припинення дії чинного договору страхування.

14.3. Акцепт (Індивідуальна частина Договору) містить всі істотні умови, передбачені чинним законодавством України, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені в Умовах (Публічній частині Договору), а саме:

- Документи, необхідні для виплати Страхового відшкодування - розділ 8 Умов;
- Порядок організації медичної допомоги. Порядок розрахунку, умови та здійснення Страхових виплат – розділ 9 Умов;
- Підстави відмови у Страховій виплаті – розділ 10 Умов;
- Порядок укладання Договору – розділ 11 Умов;
- Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, порядок відмови від Договору – розділ 12 Умов;
- Права та обов'язки сторін – розділ 13 Умов;
- Порядок вирішення спорів. Відповідальність сторін – розділ 14 Умов;
- Додаткові умови (що включають в тому числі порядок обміну повідомленнями між Сторонами) – розділ 15 Умов;

14.4. Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням цього Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором.

14.5. Частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням цього Договору, становить **35% Страхового платежу**.

14.6. Спосіб (способи) ідентифікації та верифікації Страхувальника:

Ідентифікація та верифікація Страхувальника здійснюється Страховиком, передбачених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», шляхом пред'явлення оригіналу документа власником уповноваженому працівнику Страховика під час здійснення верифікації його особи.

14.7. Підписанням Акцепту Страхувальник:

Заявляє, що на момент укладення Договору жодна із Застрахованих осіб не є особою з інвалідністю 1 або 2 групи. Особа з вищезазначеним станом не може бути прийнята на страхування. Якщо інформація про обставини (надана при укладенні цього Договору), що мають істотне значення для оцінки страхового ризику згідно з п. 13.3.2 Умов частково або повністю зміниться, зобов'язуюся повідомити про це Страховика у письмовій формі **протягом 5 (п'яти) робочих днів** із моменту настання таких змін.

Підтверджує, що проінформований про те, що надання неправдивих відомостей, зазначених у цьому Договорі, або обман в процесі страхування може призвести до позбавлення Вигодонабувача права на отримання страхової виплати. Якщо відомості, надані мною при укладенні Договору та зазначені в ньому, частково або повністю зміняться, зобов'язуюся сповістити про це Страховика у письмовій формі протягом п'яти робочих днів з дати настання таких змін.

Надає Страховику згоду на обробку персональних даних будь-яким способом, передбаченим Законом України 2297-VI «Про захист персональних даних», передачу та/або надання доступу до них третім особам без отримання додаткової згоди відповідно до п. 15.4 Умов.

Згодний отримувати повідомлення від Страховика та підтверджує, що отримав згоду від Застрахованих осіб отримувати повідомлення від Страховика на засоби зв'язку, надані під час укладення Договору та зазначені у цьому Договорі як засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб відповідно. Надає згоду на проведення Страховиком ідентифікації Страхувальника та підтверджує, що отримав згоду від Застрахованих осіб на проведення Страховиком ідентифікації їх як Застрахованих осіб, за номером телефону, та/або електронною адресою, вказаними у Договорі як засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб відповідно, під час звернення до Страховика за допомогою цифрових каналів комунікацій та інших мережевих сервісів, включаючи месенджери, комунікатори UNIQAua тощо.

Підтверджує, що:

- номер телефону Страхувальника може використовуватися Страховиком для надання консультацій, отримання та/або направлення Страховиком пропозицій, заяв щодо внесення змін / припинення Договору тощо;
- повідомив Застрахованих осіб, що номер телефону Застрахованої особи може використовуватися Страховиком для отримання підтвердження від Застрахованої особи способу виплати та реквізитів для виплати страхового відшкодування, для надання консультації, відмови у виплаті страхового відшкодування тощо;
- засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб, зазначені у цьому Договорі або в додатках до Договору, є актуальними на дату укладення Договору та зобов'язується повідомити Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів у випадку їх зміни. Якщо Страховик не був повідомлений Страхувальником про зміну засобів зв'язку вчасно, направлені Страховиком повідомлення на останні надані Страхувальником Страховику засоби зв'язку Страхувальника та Застрахованих осіб є належним чином виконані Страховиком;
- із Умовами, розміщеними на вебсайті Страховика, ознайомлений та згодний без

виключень та доповнень, засвідчую вибір отримання Умов шляхом самостійного ознайомлення із Умовами на вебсайті Страховика за посиланням https://uniqa.ua/storage/insurance-products/reports-files/1118_umovu_01.01.2026.pdf;

- одразу після підписання Акцепту, але до початку надання Страховиком послуг зі страхування Страхувальник отримав примірник Акцепту, укладеного у паперовому вигляді. За правильність зазначених у Акцепті персональних даних (у тому числі контактних даних) Страхувальника/Застрахованих осіб відповідальність несе Страхувальник.

14.8. До укладання цього Договору на виконання вимог Закону України “Про фінансові послуги та фінансові компанії” та Закону України «Про страхування» Страховик надав, а 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» та нормативно-правовими актами Національного банку України. 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; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору.

14.9. Згоду на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, у межах, необхідних для укладення та/або виконання Договору, з дотриманням вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

14.10. Страхувальник зобов'язаний 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 з дня прийняття її на страхування не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору, Договір вважається укладеним на її користь.

14.11. Страхувальник підтверджує, що всі Застраховані особи надали згоду на обробку персональних даних (в тому числі про стан здоров'я) згідно Договору та зобов'язуються виконувати умови Договору. У випадку, якщо будь-якою особою (у т. ч. 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. ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК

ПрАТ “СК “УНІКА”

в особі

СТРАХУВАЛЬНИК

Контакти для зв'язку та ідентифікації:

телефон +38 0 _____,

e-mail xxxxxx@xxx.xx