

**Умови добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я),
що є невід'ємною частиною Договору добровільного медичного страхування (безперервне
страхування здоров'я), укладеного за формою «Умови Д-Р2-1111», затвердженою
Страховиком Розпорядженням від 31 березня 2021 р. № 12-Р**

1. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

1.1. Страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги під час дії Договору та передбаченого умовами Договору, який пов'язаний з:

- 1.1.1. гострим захворюванням;
- 1.1.2. загостренням хронічного захворювання;
- 1.1.3. наслідком нещасного випадку.

1.2. Страховим випадком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору страхування до Лікувально-профілактичного закладу з приводу настання подій, зазначених у п.1.1. цього Договору, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Лікувально-профілактичному закладу (далі – ЛПЗ) або Застрахованій особі (шляхом відшкодування коштів) за отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором.

1.2.1. Обов'язок Страховика здійснити страхову виплату настає виключно після отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених цим Договором.

1.3. Перелік медичних послуг або інших послуг, за надання яких Страховик здійснює страхову виплату, згідно з умовами Договору, зазначений у відповідних програмах страхування, опис яких викладений в Додатку № 2 до цього Договору, що є його невід'ємною частиною (далі - Програма страхування).

1.4. Послуги, що не передбачені Договором та Програмою страхування, Застрахована особа сплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

2. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

- 2.1. Страхова сума зазначена у п.2.2. ПОЛІСУ.
- 2.2. Страховий тариф зазначений у п. 2.3. ПОЛІСУ.
- 2.3. Страховий платіж зазначений у п. 2.4. ПОЛІСУ.

3. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

- 3.1. Порядок сплати страхового платежу зазначений в п. 3 ПОЛІСУ.

4. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

- 4.1. Початок дії Договору зазначений у п. 4.1. ПОЛІСУ.
- 4.2. Кінець дії Договору зазначений у п. 4.2. ПОЛІСУ.
- 4.3. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, що зазначена в п. 4.1 як дата початку дії Договору. Договір вступає в дію у з дати, вказаної у п.4.1. за умови сплати страхового платежу згідно графіку, вказаному у п.3.3. У випадку не сплати страхового платежу за даним Договором, Договір вважається таким, що не укладений.
- 4.4. Дія Договору припиняється о 24 годині 00 хвилин дати, що зазначена в п. 4.2., як дата закінчення дії Договору, якщо інші обставини (див. Розділ 10) не призвели до дострокового припинення дії Договору з урахуванням умов Договору щодо сплати страхового платежу.
- 4.5. У випадку сплати загального страхового платежу частинами, дія Договору продовжується на зазначених в ньому умовах на наступний період страхування, за умови внесення чергової частини страхового платежу у повному обсязі за наступний період страхування, не пізніше дати, встановленої у п. 3.3. Договору, як дата сплати платежу. У випадку невиконання або неналежного виконання Страхувальником обов'язку щодо сплати страхового платежу, або чергового страхового платежу (якщо Договором передбачена сплата страхового платежу частинами) у строки, встановлені у п. 3.3. Договору, Страховик звільняється від обов'язку щодо виплати страхового відшкодування за випадками, що мали місце в період з 00 год. 00 хв. дати наступної за датою, що зазначена у п. 3.3. Договору, як дата сплати платежу до 24 год.00 хв. дати фактичної сплати Страхувальником страхового платежу в порядку, визначеному в п. 3.3 Договору, за умови, що платіж було сплачено протягом десяти календарних днів з дати, що зазначена у п. 3.3. Договору, як дата сплати платежу.
- 4.6. У випадку, якщо протягом десяти календарних днів з дати, що зазначена у п. 3.3. Договору, як дата сплати платежу, Страхувальником не було сплачено страховий платіж, або черговий страховий платіж, Договір автоматично припиняє свою дію з 24 год.00 хв. десятого календарного дня з дати, що зазначена у п. 3.3. Договору, як дата сплати платежу відповідно до п.10.5.3. Договору.

5. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1. Дія Договору поширюється виключно на територію України (за винятком території Автономної республіки Крим, м. Севастополя, інших тимчасово окупованих територій України; території проведення антитерористичної операції та/або операції об'єднаних сил, відповідно до визначень, наданих Законами України «Про тимчасові заходи на період проведення антитерористичної операції», «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях» - з усіма змінами і доповненнями, а також на прилеглих до неї підконтрольних органам державної влади України та органам місцевого самоврядування територіях адміністративних районів України, в межах яких знаходяться населені пункти, розташовані на лінії зіткнення, відповідно до Додатку 2 до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 листопада 2014 р. № 1085 з усіма змінами та доповненнями).

**6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ
ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

- 6.1. **Страховик зобов'язаний:**

6.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та правилами страхування.

6.1.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати.

6.1.3. При настанні страхового випадку, забезпечити надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Договором та Програмою. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику пені за кожен день прострочення платежу у розмірі 0,01% від належної до виплати суми, але не більше 10 % від розміру страхової виплати.

6.1.4. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

6.1.5. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня оплати страхового платежу (першої її частини) забезпечити Застрахованих осіб Персональною пластиковою картою.

6.1.6. Контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування.

6.1.7. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

6.1.8. Письмово повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни.

1.1.1. 6.1.9. При настанні страхового випадку, забезпечити Застрахованій особі, відповідно умов Договору, діагностику та лікування (в тому числі медикаментозне) захворювання, в тому числі внаслідок нещасного випадку (травми тощо), в амбулаторних умовах, курсом до 30 (тридцяти) календарних днів з моменту першого звернення по даному страховому випадку.

6.1.10. У визначенні «курс лікування до 30 днів» враховувати:

6.1.10.1. початком курсу лікування вважається дата початку прийому медичних препаратів відповідно до встановленого діагнозу та призначеного курсу лікування;

6.1.10.2. властивості менструального циклу у жінок щодо початку курсу лікування, діагностики, повторних консультацій, коли курс лікування призначений перед початком нового циклу та медикаменти вже отримані, проте фактичний прийом ліків розпочато з певного дня циклу, тоді строк рахується з дати початку прийому ліків;

6.1.10.3. у разі корекції курсу лікування (курс розбито на частини) враховувати лише періоди прийому медикаментів чи лікувальних процедур, але не включати дні консультацій та отримання ліків;

6.1.10.4. можливість пройти протягом 30 днів після зняття гострого болю, курс масажу або фізіотерапевтичних процедур;

6.1.10.5. покриття повторної консультації за фактом пройденого курсу лікування, навіть якщо вона випадає на 31-й день курсу;

6.1.11. За необхідності перенести курс лікування з об'єктивних причин, Страхувальник зобов'язаний повідомити про це Страховика протягом 24 годин з моменту виникнення таких причин.

6.2. Страховик має право:

6.2.1. Перевіряти відомості, надані Страхувальником, при укладанні Договору.

6.2.2. Самостійно з'ясовувати причини, обставини страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику/Застрахованій особі, направляти запити до компетентних органів (лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів тощо) з метою отримання відповідних висновків, здійснити за власний рахунок незалежну експертизу страхового випадку.

6.2.3. Отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-яку додаткову інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, за для визначення оцінки ступеню страхового ризику (згідно п.13.7.Умов страхування).

6.2.4. У разі збільшення ступеню страхового ризику(згідно п.13.7.Умов страхування) до настання страхового випадку вимагати від Страхувальника переукладення Договору і сплати додаткового страхового платежу. У разі непогодження Страхувальником перегляду умов Договору, Договір припиняє свою дію за ініціативою Страховика.

6.2.5. Вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я.

6.2.6. Визначити для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, а також відмовити в страхуванні.

6.2.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати відповідно до умов Договору.

6.2.8. Вносити зміни до умов цього Договору в порядку передбаченому цим Договором.

6.2.9. Достроково припинити дію цього Договору в порядку передбаченому цим Договором.

6.2.10. Включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Список лікувально-профілактичних закладів (База ЛПЗ) Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і по Договору в цілому.

6.2.11. Виключати зі Списку лікувально-профілактичних закладів Страховика, лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою.

6.2.12. Змінювати категорію ЛПЗ в разі значного (20% та більше) збільшення або зменшення цін на послуги

6.2.13. Актуальна База ЛПЗ є загальнодоступною на сайті, за посиланням: <https://universalna.com/pro-kompaniyu/publiczni-dogovori-ta-oferti/osobiste-strahuvannya/dms/spisok-likuvalno-profilaktichnih-zakladiv/>

6.2.14. Організовувати виклик лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, якщо це прямо передбачено Програмою страхування, у випадках, передбачених «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги» з приводу:

- гострого й раптового погіршення стану здоров'я (висока температура – вище 37,5 °C);

- стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації Застрахованої особи лікарем вдома, виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею;

- стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду);

- показання для дотримання Застрахованою особою постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки хворого зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках:

- при наявності документа або за домовленістю з лікарем);

- важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи;

- інші випадки передбачені «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги».

6.2.16. При організації виклику лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, оплачувати транспортні витрати у такому розмірі:

- 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах населеного пункту, в якому знаходиться лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги;

- 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги;

- 50% - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги;

- 0% (послуга не надається) - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 50 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться лікувально-профілактичний заклад, що надає послуги.

6.2.17. У разі відсутності лікарського засобу, виписаного медичним працівником, запропонувати Застрахованій особі лікарський засіб за іншою торговельною назвою, але з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, як і лікарський засіб, призначений лікарем. Зазначена норма не поширюється на лікарські засоби, які відпускаються безоплатно і на пільгових умовах, та ті, що підлягають предметно-кількісному обліку.

6.3. Страхувальник зобов'язаний:

6.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі, на умовах визначених у Договорі.

6.3.2. При укладенні Договору, надати Страховику достовірну інформацію про всі обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

6.3.3. При укладенні Договору повідомити Страховика про інші діючі договори страхування.

6.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

6.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору.

6.3.6. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору та правилами страхування.

6.3.7. До укладення цього Договору /додаткових договорів до нього, отримати згоду Застрахованих осіб на страхування.

6.3.8. У разі наявності в Програмі страхування профілактичних заходів, на вимогу Страховика, надати списки осіб для проведення профілактичних заходів.

6.3.9. На виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, або фінансуванню тероризму» надати Страховику інформацію і документи, необхідні останньому для здійснення ідентифікації Страхувальника та/або ЗО.

6.4. Страхувальник має право:

6.4.1. Ознайомитись з умовами Договору та Правилами.

6.4.2. Одержати будь-які роз'яснення за укладенням Договором і Правилами.

6.4.3. У разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору.

6.4.4. За письмової згоди із Страховиком змінити Програму страхування, розмір страхової суми, ліміт страхових сум, а також внести інші зміни в цей Договір, уклавши додатковий договір до цього Договору.

6.4.5. Достроково припинити дію цього Договору відповідно до умов Договору та чинного законодавства України.

6.4.6. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.

6.4.7. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

6.4.8. Отримати дублікат Договору.

6.5. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:

6.5.1. Виконувати умови цього Договору.

6.5.2. При укладенні Договору повідомляти Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо).

6.5.3. У разі настання страхового випадку, діяти відповідно до умов цього Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги.

6.5.4. На вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги.

6.5.5. Дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі.

6.5.6. Відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги наданої у разі:

6.5.6.1. свідомої передачі Застрахованою особою персональної пластикової картки/інших страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;

6.5.6.2. ускладнення захворювання у разі свідомого порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

6.5.6.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку на час настання якого, Страхувальник був у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;

6.5.6.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;

6.5.6.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту):

6.5.6.5.1. виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи;

6.5.6.5.2. при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду;

6.5.6.5.3. виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, що не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллію надання планових медичних маніпуляцій, тощо);

6.5.7. Витрати Страховика, зазначені в п.6.5.6. цього Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.

6.5.8. При отриманні медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі, де передбачена франшиза, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати розмір франшизи лікувально-профілактичному закладу одразу під час звернення.

6.6. Застрахована особа (її законний представник) має право:

6.6.1. ознайомитись з умовами Договору та Правилами;

6.6.2. одержати будь-які роз'яснення за укладенням Договором і Правилами;

6.6.3. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору

6.6.4. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі;

6.6.5. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті;

7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. Організація надання медичної допомоги Застрахованим особам проводиться Медичним асистансом Страховика (надалі Контакт – центр) 24 (двадцять чотири) години на добу.

7.2. При настанні страхового випадку, Застрахована особа або її представник/інша уповноважена особа, для неповнолітніх застрахованих осіб – батьки, до моменту звернення за медичною допомогою, повинна негайно, але не

пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку, звернутись до лікаря-координатора Контакт-центру Страховика **за телефоном**, що вказаний в пластиковій картці Застрахованої особи:

- **0 800 210 381** (цілодобова безкоштовна пряма лінія медичного аси́стансу);

- **044 364 12 00** (лінія для екстреної допомоги),

та повідомити наступну інформацію:

- прізвище імя, по-батькові Застрахованої особи;
- номер сервісної картки/номер договору страхування;
- причину звернення (отримання медичної допомоги, отримання відшкодування тощо);
- фактичну адресу місця знаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

7.3. Лікар-координатор Контакт-центру інформує Застраховану особу щодо подальших дій та організовує медичне обслуговування в лікувально-профілактичних закладах та/або послуг, що передбачені Програмою страхування (Додаток №2).

7.4. Підбір лікувально-профілактичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. Лікувально-профілактичний заклад обирається із визначених у базі ЛПЗ Страховика.

7.5. В лікувально-профілактичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити іменну пластикову картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором Страховика в телефонному режимі.

7.6. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зконтактуватись з лікарем координатором Страховика, для отримання невідкладної медичної допомоги, з можливою організацією екстреного стаціонарного лікування (якщо такі передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із ЛПЗ), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика про настання випадку.

Якщо лікувально-профілактичні заклади, в яких отримана вищезазначена допомога не визначені у Базі ЛПЗ Страховика, то Страховик відшкодовує понесені Застрахованою особою витрати, відповідно до умов цього Договору з наступними обмеженнями:

7.6.1. при отриманні невідкладної медичної допомоги у державних та відомчих лікувально-профілактичних закладах - 100% понесених відповідних прямих витрат. При зверненні в приватні лікувально-профілактичні заклади – Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

7.6.2. при екстреному стаціонарному лікуванні - 100% понесених відповідних прямих витрат, у лікувально-профілактичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні лікувально-профілактичні заклади, розмір страхової виплати визначається, як 50% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, але не більше вартості з аналогічними послугами/позиціями преїскуранту категорії 1+ з Базі ЛПЗ Страховика, якщо інше не буде погоджено зі Страховиком.

В будь-якому випадку вищезазначені страхові виплати здійснюються у розмірі не більшому за встановлений ліміт страхової суми, передбаченої Програмою страхування.

7.7. Надання необхідної медичної допомоги Застрахованій особі (у випадках інших, ніж визначені в п.7.6. даного Договору) у лікувально-профілактичних закладах, не визначених в Базі ЛПЗ Страховика, здійснюється виключно якщо звернення до ЛПЗ, не визначеного в Базі Страховика, попередньо погоджене Страховиком (лікарем – координатором Страховика).

7.7.1. При цьому страхова виплата здійснюється в наступних розмірах:

7.7.1.1. у випадках звернення для отримання стоматологічної допомоги – 100% від вартості послуг, якщо Програмою страхування передбачено обслуговування у всіх категоріях лікувально-профілактичних закладів за даним видом медичної допомоги. У випадку, якщо Програмою страхування визначається обмеження по категоріях лікувально-профілактичних закладів, Страховик не покриває затрати на стоматологічну допомогу в лікувально-профілактичних закладах поза переліком, визначеним в Базі ЛПЗ Страховика;

7.7.1.2. у випадках звернення для отримання амбулаторно-поліклінічної та/або стаціонарної допомоги: 100% понесених відповідних витрат у лікувально-профілактичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні лікувально-профілактичні заклади, розмір страхової виплати визначається, 50% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, але не більше вартості з аналогічними послугами/позиціями преїскуранту категорії 1+ з Базі ЛПЗ Страховика.

8. УМОВИ ТА ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної в Програмі страхування.

8.2. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку, визначається на підставі рахунків ЛПЗ.

8.3. Одержувачами страхової виплати за Договором можуть бути:

8.3.1. ЛПЗ, що надавав, передбачену Договором, медичну допомогу Застрахованій особі;

8.3.1.1. Страхова виплата здійснюється лікувально-профілактичному закладу у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та таким закладом.

8.3.1.2. Страховик здійснює страхову виплату ЛПЗ, якщо такі розрахунки не заборонені або не обмежені діючим законодавством (законами, підзаконними актами, постановами НБУ, іншими нормативно-правовими актами).

8.3.2. Застрахована особа (її законний представник), яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги.

8.4. 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, права та обов'язки Застрахованої особи переходять до її опікуна.

8.5. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, для отримання страхової виплати Страховику надаються такі документи:

8.5.1. письмова заява на страхове відшкодування із зазначенням способу отримання коштів;

8.5.2. копія паспорту (1,2,3,4, сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію)/ копія ID карти або копія тимчасового посвідчення особи - громадянина України або копія посвідки постійного/тимчасового проживання;

8.5.3. копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру;

8.5.4. копія свідоцтва про народження для Застрахованих осіб віком до 14 років;

8.5.5. оригінал платіжного документа: фіскальний (касовий) чек або відривний корінець прибутково-розрахункового касового ордеру або товарний чек для ФОП;

8.5.6. акт виконаних робіт/послуг, засвідчений оригінальною печаткою закладу, що надав послуги;

8.5.7. витяг з амбулаторної карти (форма № 027/о) чи консультативний висновок лікаря;

8.5.8. направлення на консультації / обстеження;

8.5.9. копії результатів обстежень / досліджень, (якщо такі проводились);

8.5.10. виписка (епікриз) з історії хвороби, (у разі стаціонарного лікування);

8.5.11. рецепти або інші медичні документи з зазначенням ПІБ Застрахованої особи, які підтверджують призначення медикаментів (в разі самостійної сплати вартості медикаментів);

8.5.12. копії документів ЛПЗ: свідоцтво державної реєстрації, ліцензії на медичну практику, свідоцтво платника податку на поточний рік для ФОП (якщо Страховик не має договірних відносин з даним ЛПЗ);

8.5.13. оригінал або копія довідки з пологового будинку про народження дитини, в разі відсутності довідки – нотаріально завірене свідоцтво про народження дитини;

8.6. Правила оформлення документів, що подаються разом із заявою на страхове відшкодування:

8.6.1. документи на відшкодування можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених печатками закладу, який видав відповідний документ; простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;

8.6.2. документи повинні бути оформлені відповідно до чинного законодавства України;

8.6.3. документи повинні бути підписані уповноваженими особами із зазначенням ПІБ та посади підписанта.

У разі зміни до переліку документів зазначених у п.8.5. Договору 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.

8.7. Страховик має право письмово вимагати інші документи, які уточнюють обставини настання та характер страхового випадку при здійсненні страхової виплати.

8.8. Вищезазначені документи Застрахована особа повинна надати Страховику у термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту закінчення лікування. У випадку не виконання цієї вимоги Страховик має право повністю відмовити у страховій виплаті.

8.9. Рішення про здійснення страхової виплати (страховий акт), продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів, після отримання всіх документів, зазначених у Договорі.

8.10. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату.

8.11. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово повідомити Застраховану особу (її законного представника) протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

8.12. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити 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 (лікувально-профілактичних закладів, правоохоронних органів тощо, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

8.13. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується відповідним платіжним документом.

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

8.15. Страхова сума (ліміт страхової суми), зазначена в Договорі та Програмі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

8.16. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

8.17. Застрахована особа надає право Страховику на отримання необхідної інформації, включаючи інформацію, що містить лікарську таємницю від будь-яких ЛПЗ, лікарів, медичних установ, лабораторій тощо, в тому числі, але не виключно, щодо стану здоров'я Застрахованої особи, діагнозів, причин звернення, наданих медичних послуг, та рекомендацій, обставин випадку, а відповідні особи (ЛПЗ, лікарі, мед установи) зобов'язані надавати Страховику всю вищезазначену інформацію без отримання будь-яких додаткових дозволів. Страховик зобов'язується використовувати отриману інформацію згідно з умовами цього Договору із дотриманням конфіденційності.

9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. Причинами відмови в організації допомоги та у здійсненні страхової виплати є:

9.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних із виконанням ним (нею) громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

9.1.2. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

9.1.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

9.1.4. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою (її законним представником), будь-яких обов'язків за Договором;

9.1.5. відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку.

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. За згодою Страховика і Страхувальника, до Договору можуть бути внесені доповнення та зміни, що не суперечать чинному законодавству України та Правилам Страховика. Усі зміни та доповнення до Договору оформлюються додатковими угодами до Договору, що стають його невід'ємними частинами з моменту їх підписання Сторонами.

10.2. Якщо будь-яка із Сторін не згодна на внесення таких змін в п'ятиденний строк з моменту отримання відповідної пропозиції, Сторони вирішують доцільність питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

10.3. Особливості дострахування Застрахованої особи:

10.3.1. У випадку страхування Застрахованої особи у строк дії Договору, менший за 365 днів, Страхувальник/Застрахована особа, повідомивши про це Страховика за 5 (п'ять) робочих днів до дати початку дії Договору по відношенню до цієї Застрахованої особи, сплачує Страховику страховий платіж за наступною формулою:

$СП \text{ (до сплати)} = СП_{\text{прогр}}(1 \text{ день}) \times (D2 - D1 + 1)$ де:

СП (до сплати) – страховий платіж до сплати;

СП_{прогр} (1 день) – страховий платіж за програмою страхування ЗО за 1 день обслуговування (розраховується за формулою СП_{прогр} (1 день) = Страховий платіж за Програмою/кількість днів дії Договору);

D2 – дата закінчення дії договору страхування;

D1 – дата початку страхування по ЗО.

При страхуванні Застрахованої особи за Договором на термін менший за 1 рік, індивідуальні грошові ліміти за опціями (в т.ч. страхова сума, ліміт на стоматологію, індивідуальний ліміт на виключення тощо) розраховуються пропорційно, за наступною формулою:

$\text{Ліміт} = \text{Ліміт}_0 / 365 \times (D2 - D1 + 1)$, де

Ліміт – ліміти на період дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню

Ліміт₀ – річні ліміти за Програмою;

D2 – дата закінчення дії Договору;

D1 – дата початку дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню.

При розрахунку ліміти округляються до цілих цифр.

10.3.3. У випадку розтермінування сплати страхового платежу при дострахуванні Застрахованої особи розбивка здійснюється таким чином, щоб другий і наступні чергові платежі дорівнювали черговим платежам розрахованим по відповідній Програмі згідно Договору.

10.3.4. Якщо строк дії договору складає менше 30 календарних днів, дострахування Застрахованої особи не здійснюється.

10.4. Особливості виключення Застрахованої особи:

10.4.1. У випадку дострокового припинення дії Договору по відношенню до Застрахованої особи, Страховик розраховує частину платежу, за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, наступним чином:

$СП_{\text{в}} = (СП_{\text{невикористаний}} - \text{СумаНВС} - L)$, де:

ЗО – застрахована особа

СП_в – страховий платіж до повернення за невикористаний період страхування ЗО, по відношенню до якої дія Договору страхування припиняється;

СП_{невикористаний} – розмір невикористаного страхового платежу за Договором страхування на 1 ЗО, розраховується за формулою: СП_{невикористаний} = СП_{сплачений} – СП_{використаний}, де:

СП_{сплачений} – страховий платіж сплачений (у тому числі той, що підлягає до сплати в разі відстрочки платежу) за період від дати початку дії по відношенню до ЗО до дати закінчення страхового періоду, в який відбувається дострокове розірвання;

(СП_{використаний}) – розмір страхового платежу за фактичний строк дії Договору, що визначається за формулою: (СП_{використаний}) = $N1 \times СП_{\text{прогр}}(1 \text{ день})$;

N1 – фактичний строк дії договору страхування в днях, визначається: $N1 = D - D1 + 1 \text{ день}$

D – дата дострокового закінчення страхування по ЗО;

D1 – дата початку страхування по ЗО;

СП_{прогр}(1 день) – страховий платіж за програмою страхування ЗО за 1 день обслуговування (розраховується за формулою СП_{прогр}(1 день) = СП_{прогр} / N, де СП_{прогр} - Страховий платіж за Програмою, а N - кількість днів дії Договору);

СумаНВС - Сума нормативних витрат на ведення справи, яка розраховується за формулою: СумаНВС = СП_{прогр} - СП_{використаний} × R

R – норматив витрат на ведення справи, який становить 30% за Договором;

L - сума виплат (сплачені збитки та резерви) по ЗО, яка знімається зі страхування на дату формування додаткової угоди;

Якщо в результаті розрахунків за Додатковою угодою СП_в < 0, Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не доплачує за особу, яка знімається зі страхування. Дата закінчення періоду страхування у відношенні до будь-якої Застрахованої особи не може перевищувати дату закінчення дії Договору.

10.5. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:

10.5.1. Закінчення строку його дії.

10.5.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

10.5.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у строк та в порядку визначених даним Договором.

10.5.4. Набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору недійсним.

10.5.5. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

10.5.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

10.6. Дія Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика.

10.7. Про намір достроково припинити дію Договору Страховик або Страхувальник зобов'язані повідомити один одного не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інший строк прямо не визначений цим Договором (Додатковими договорами до цього Договору).

10.8. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30%, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Повернення Страхового платежу в цьому випадку здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від лікувально-профілактичних закладів, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 50 календарних днів з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове розірвання Договору. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

10.9. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі (окрім випадків, передбачених п.12.10. Договору).

10.10. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справ, фактичних страхових виплат за Договором.

10.11. У разі дострокового припинення Договору за вимогою Страховика у випадках, передбачених п.12.10. Договору, Страхувальнику повертається страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору.

10.12. Протягом строку дії Договору Страхувальник може достроково припинити дію Договору по відношенню до Застрахованої особи, незалежно від наявності її згоди, у порядку, передбаченому даним Договором.

10.13. Не приймаються на страхування:

10.13.1. Особи віком понад 65 років, особи, які мають I групу інвалідності, особи, які знаходяться на обліку у наркологічних, психоневрологічних диспансерах, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій.

В разі неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про наявність групи інвалідності у Застрахованій особі або перебування на обліку Застрахованої особи у вищезазначених закладах, до початку дії Договору страхування, Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи.

10.13.2. Рішення про прийняття на страхування співробітників, вік яких перевищує 65 (шістдесят п'ять) років відбувається за письмовим погодженням після заповненої декларації про стан здоров'я.

10.13.3. Родичі Застрахованої особи першого ступеню спорідненості (подружжя, що проживають у зареєстрованому шлюбі, батьки, діти - за окремо погодженими програмами) віком від 0 до 60 років, якщо інше письмово не погоджено Страховиком, можуть бути прийняті на страхування впродовж першого місяця дії Договору. Дана умова поширюється на нових співробітників, які були прийняті Страхувальником на роботу протягом дії Договору та нових родичів Застрахованих осіб (одруження, народження/всиновлення дитини, тощо). Особи віком від 0 до 1 року можуть бути прийняті на страхування не пізніше ніж за 6 (шість) місяців до дати закінчення дії Договору в разі наявності опції Патронаж та Планова вакцинація в Програмі. В разі виключення Застрахованої особи, що є співробітником Страхувальника, зі Списків, його родичі також виключаються зі Списків в обов'язковому порядку.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

Спори і розбіжності, які виникають, розв'язуються шляхом переговорів чи консультацій між Сторонами у строки, встановлені Договором.

У випадку недосагнення Сторонами згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

12. ІНШІ УМОВИ ЗА ЗГОДОЮ СТОРІН

12.1. Договір укладено українською мовою у 2 (двох) примірниках, по одному для Страховика та Страхувальника. Обидва примірники Договору мають однакову юридичну силу.

12.2. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами Договору одна одній, здійснюються у письмовій формі і вважаються наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі.

Всі надані/повідомлені телефоном, телефаксом, електронною поштою з наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним вважаються дійсними до моменту отримання оригіналу.

12.3. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Правилами Страхування, чинним законодавством України.

12.4. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених у Правилах та Договорі, пріоритет у застосуванні мають умови Договору.

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

12.6. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» (надалі - Закон), підписанням цього Договору Страхувальник та Застраховані особи підтверджують та передають Страховику повну необмежену строком згоду на обробку персональних даних* Застрахованих осіб будь-яким способом, передбаченим Законом, занесення їх до баз персональних даних Страховика, передачу та/або надання доступу без отримання додаткової згоди представника Страхувальника наступним третім особам: лікувально-профілактичним закладам, перестраховикам, особам, які надають Страховику допомогу в наданні передбачених Договором послуг, страховим посередникам та іншим особам, якщо цього вимагають законодавство або інтереси Застрахованої особи, а також для захисту Страховиком та Страхувальником своїх прав передбачених даним Договором.

Обробка персональних даних здійснюється Страховиком з метою належного виконання умов цього Договору, розслідування, реалізації права вимоги Страховика до винної особи та провадження страхової діяльності відповідно до чинного законодавства України.

Застраховані особи повідомлені про їхні права згідно з Законом та про включення їх персональних даних до баз персональних даних Страховика.

* У розумінні Закону під персональними даними розуміється будь-яка інформація щодо Застрахованої особи, в тому числі, але не лише, прізвище, ім'я, по-батькові, дата та місце народження, адреса, телефон, паспортні дані, ідентифікаційний номер, професія, інформація, що стосується стану здоров'я, поставлених діагнозах, призначеному лікуванню, а також інші відомості, надані Застрахованою особою, Страхувальником або іншими особами при укладенні та виконанні цього Договору.

12.7. Страхувальник/Застрахована особа надає Страховику право отримувати будь-яку інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, в тому числі від медичних установ, лікарень тощо а також право розголошувати інформацію щодо стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи з метою виконання умов даного Договору.

12.8. Страховик є резидентом України та є платником податку на прибуток по ставці, встановленій п.136.1. Податкового кодексу України з урахуванням особливостей оподаткування Страховика, визначених в п.136.2.1. та в п.136.2.2. Податкового кодексу України.

12.9. Цим Сторони підтверджують, що Страхувальник отримав всю інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування клієнтів Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

12.10. У разі відхилення офіційного курсу гривні, встановленого Національним Банком України на дату укладення Договору страхування, по відношенню до долара США більше ніж на 20%, сторони зобов'язані протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дати отримання офіційного звернення Страховика, переглянути умови Договору та/або розмір страхового платежу. При цьому, розмір страхового платежу розраховується за формулою:

$$S = (A1 / A0) \times S0 \times n / 365$$
, де: - S - страхові платежі за Договором на дату здійснення перерахунку; - A1 – вартість валюти (долара США) в гривнях за курсом Національного Банку України (НБУ) на дату здійснення перерахунку; - A0 - вартість валюти (долара США) в гривнях по курсу НБУ на дату укладання Договору; S0 - страхові платежі на дату укладення Договору; n – кількість днів, що лишилися до кінця дії Договору. Всі перерахунки, вказані в даному пункті здійснюються на дату виконання Сторонами своїх зобов'язань (платежів).

За згодою Сторін розмір страхового платежу може залишатися незмінним, але при цьому Страховик обмежує покриття за Договором, шляхом розширення переліку виключень, зменшення переліку клінік, медичних препаратів тощо та/або шляхом внесення інших змін в умови Договору.

Досягнуті домовленості мають бути відображені у Додатковій угоді, що є невідомою частиною даного Договору та набувають чинності з дати, вказаної у відповідній Додатковій Угоді до цього Договору, в якій фіксується курс долара США, встановлений Національним Банком України на дату укладення такої Додаткової Угоди. Першого числа кожного наступного кварталу, Страховик перевіряє зміни офіційного курсу та в разі його відхилення більше ніж на 20% відносно

курсу, зафіксованого у Додатковій Угоді, Сторони зобов'язані протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дати отримання офіційного звернення Страховика, переглянути умови Договору та/або розмір страхового платежу, який розраховується за формулою, описаною в цьому пункті.

У разі не підписання Додаткової Угоди протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів, з дати офіційного звернення Страховика, Договір вважається достроково припиненим за згодою Сторін через 30 (тридцять) календарних днів з дати закінчення строку на підписання Додаткової угоди (14 (чотирнадцяти) робочих днів, з дати офіційного звернення Страховика).

У випадку дострокового припинення дії Договору за згодою сторін в порядку, визначеному даним пунктом, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних страхових виплат та заявлених (гарантованих) страхових виплат, що були здійснені за Договором.

До моменту підписання Додаткової Угоди про дострокове припинення дії Договору або про внесення змін до умов його дії Страховик зобов'язується надавати послуги згідно підписаних умов Договору в повному обсязі.

13. ПЕРЕЛІК ВИЗНАЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

13.1. Альтернативна консультація - консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого висококваліфікованого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку виключень), за яким вже є встановлений діагноз і надані рекомендації, та лікування не було ефективним при умові виконання Застрахованою особою всіх призначень лікаря.

13.2. 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.

13.3. 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.

13.4. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі 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 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем-координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги.

13.5. Екстрена стоматологічна допомога – це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронаріт.

13.6. Загострення хронічного захворювання - це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні 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.

13.7. Застрахована особа - фізична особа, на користь якої укладено Договір.

13.8. Зміна ступеню страхового ризику - зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі, заяві на страхування або будь-якому іншому документі, який подавався Страховику, зокрема, але не обмежуючись: умов праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань про які не було належним чином повідомлено, встановлення групи інвалідності тощо.

13.9. Категорія ЛПЗ - цифрове значення, що присвоюється кожному ЛПЗ в залежності від вартості послуг.

13.10. Ліміт страхової суми – встановлене цим Договором обмеження в сумі виплати по одній чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, видом збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми в рамках якої він встановлюється.

13.11. 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 професійної діяльності 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;

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

13.13. Невідкладна медична допомога (Невідкладна 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 не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям.

13.14. 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 24годин) стаціонарному лікуванні.

13.15. Нещасний випадок – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних і т. ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та/або загибелі (смерті). 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 потраплення 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.

13.16. Основне захворювання – основним вважається те захворювання (травма), яке саме по собі або через свої ускладнення стало приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації та/або смерті. В якості основного захворювання повинна фігурувати тільки певна нозологічна одиниця.

13.17. Персональна пластикова картка - пластикова картка на якій вказані: прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номер картки, номер Договору, дії у разі настання страхового випадку та номери телефонів лікарів-координаторів Страховика.

13.18. 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.

13.19. Повторна консультація – консультація по результатам досліджень та/або проведеного лікування протягом

10(десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.

13.20. Професійний спорт – 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, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

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

13.22. Супутнє захворювання – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.

13.23. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору та вираховується при розрахунку розміру страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку. Франшиза може встановлюватись по категорії лікувально-профілактичних закладів та/або окремому ЛПЗ та/або по виду медичної послуги/або по окремій послугі. Розмір франшизи визначено у Додатку № 2 до Договору.

13.24. 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.

13.25. Хронічне захворювання поза стадією загострення – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів) та встановлюється лікарем.

14. ДОДАТКАМИ ТА НЕВІД'ЄМНИМИ ЧАСТИНАМИ ДОГОВОРУ Є:

14.1. Додаток №1 - ПОЛІС.

14.3. Додаток №2 - Комплексна програма добровільного медичного страхування.

14.4. Додаток №3 – Список винятків із страхових випадків