

**Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування»**  
(відповідно до яких укладаються Договори медичного страхування)

**Ця редакція Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» діє з 01.07.2024 р. та припиняє дію із введенням у дію нової редакції Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» або скасування Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування». Договір страхування, укладений за цією редакцією Загальних умов, діє на цих Загальних умовах до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою сторін.**

Страховий продукт «Медичне страхування» не є стандартним страховим продуктом і передбачає укладення Договорів страхування зі Страхувальниками юридичними особами або фізичними особами із визначенням конкретних умов страхового покриття на індивідуальній основі за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Медичне страхування» у межах класу страхування.

**1. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі медичного страхування (далі – Договір)**

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

**1.2. Довірений лікар Страховика** - співробітник Страховика, відповідальний за організацію медичної допомоги за певним Договором, який у робочий час (з 9:00 по 18:00 у будні дні) організовує надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків і товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених Програмою страхування.

**1.3. Загострення хронічного захворювання** – 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 її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

**1.4. Застрахована особа** - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

**1.5. Лікар вузькопрофільної спеціалізації** – лікар іншої спеціалізації, ніж лікар загальної практики.

**1.6. Лікар Страховика** – співробітник Страховика, який цілодобово організовує надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків і товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених Програмою страхування.

**1.7. Лікувально-профілактичні установи (заклади) (далі ЛПУ)** – заклади охорони здоров'я, які створені та діють на підставі чинного законодавства України, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні заходи або послуги медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі 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, оптики, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо.

**1.7.1. Категорія ЛПУ** - категорія, що присвоюється кожній лікувально-профілактичній установі в залежності від вартості послуг.

**1.7.2. ЛПУ з переліку Страховика** – ЛПУ, з якими Страховик уклав договір про співпрацю (або досяг згоди про взаємодію) та які відповідають вимогам п.1.7. Загальних умов, та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до Програми страхування. Якщо протягом строку дії Договору ЛПУ з переліку Страховика, перереєстрована та (або) починає діяти не на підставі чинного законодавства України, Страховик в односторонньому порядку виключає таку ЛПУ з переліку Страховика та не організовує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у такій ЛПУ.

**1.7.3. Розрахункова ЛПУ** – лікувально-профілактична установа, за вартістю послуг в яких відбувається розрахунок розміру страхової виплати Застрахованій особі, яка самостійно оплатила та отримала медичні послуги в закладах охорони здоров'я поза списком Страховика. Найменування розрахункових закладів охорони здоров'я зазначено в Програмі страхування.

**1.8. Ліміт відповідальності** – грошова сума, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування та видами медичних та інших послуг зазначені у Програмі страхування.

**1.9. Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

**1.10. Медичні та інші послуги** – послуги, у т. ч. реабілітаційні, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом передбачені Програмою страхування.

**1.11. Медикаментами** - ліки, витратні медичні матеріали (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.

**1.12. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я** (далі МКХ)- єдиний міжнародний нормативний документ для формування системи обліку і звітності в охороні здоров'я, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Діючою вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнавати розділ МКХ.

**1.13. Невідкладна допомога** – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

**1.14. Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана, та не залежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. До чинників зовнішнього впливу за Договором відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, у т.ч. укуси тварин, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета. Під заподіянням шкоди здоров'ю внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

**1.15. Обставини непереборної сили (форс-мажорні обставини)** – надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами Договору та/або обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожі атаки, блокади, військові ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, блокада, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо, інші обставини поза межами волі Страхувальника та/або Страховика.

**1.16. Планова медична допомога** – комплекс медичних послуг, що надаються при порушеннях здоров'я пацієнта, що не становлять безпосередньої загрози його життю або здоров'ю оточуючих.

**1.17. Поліпрагмазія** – одночасне необґрунтоване та недоцільне призначення хворому великої кількості різноманітних медичних препаратів або лікувальних процедур.

**1.18. Програма страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі, згідно з Договором, у випадку настання страхового випадку.

**1.19. Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Перша» (фінансова установа, яка має право здійснювати діяльність із страхування на території України).

**1.20. Страхувальники** – юридичні особи та фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування.

**1.21. Страхові документи Застрахованої особи** – страховий поліс та (або) картка Застрахованої особи, а також талони на отримання оздоровчих послуг, рецепти, направлення на обстеження, медичні картки амбулаторного хворого тощо, надані Застрахованій особі Страховиком та (або) його представником для отримання медичних та інших послуг відповідно до умов Договору.

**1.22. Страховий поліс (картка) Застрахованої особи** - пластикова/електронна картка на якій вказані: прізвище, ім'я Застрахованої особи, номер картки, номер телефону Медичного асистансу Страховика та інша інформація.

**1.23. Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором та/або законодавством. Франшиза за Договором, укладеним відповідно до цих Загальних умов, є безумовною.

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

1.25. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити інші поняття і терміни та їх визначення або змінити визначення понять та термінів вказаних в цьому розділі, про що буде зазначено в такому Договорі, крім тих понять та/або термінів, що визначено законодавством України.

## 2. Умови страхового покриття за Договором

2.1. **Об'єктом страхування за укладенням на підставі цих Загальних умов Договором** є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб, зазначених в Договорі.

2.2. **Страховим ризиком** за укладенням на підставі цих Загальних умов Договором є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання медичної допомоги, передбаченої Договором та Програмою страхування, під час дії Договору у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або заподіянням шкоди здоров'ю внаслідок нещасного випадку, а також надання медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором та Програмою страхування.

2.3. **Страховим випадком за укладенням на підставі цих Загальних умов Договором** є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору до ЛПУ з приводу настання подій, зазначених у п.2.2. цих Загальних умов, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату ЛПУ або Застрахованій особі (шляхом відшкодування коштів) за отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених Договором та Програмою страхування.

2.4. Для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік та обсяг видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, категорії ЛПУ, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).

2.5. **Страхова сума** для кожної окремої Застрахованої особи встановлюються Договором. Договором при його укладенні встановлюється розмір **страхової премії** на одну Застраховану особу та загальна страхова премія за Договором. У Договорі, укладеному відповідно до цих Загальних умов, страховий тариф не визначається.

2.6. **Страхове покриття** діє протягом строку дії Договору, який зазначається у Договорі, з урахуванням інших умов укладеного Договору, в тому числі:

2.6.1. Договір набирає чинності з 00 годин 01 хвилин дати початку дії Договору, яка вказується в Договорі, за умови сплати в повному обсязі страхової премії (при одноразовій оплаті) або сплати в повному обсязі першої частини страхової премії (при наявності розстрочки) на поточний рахунок Страховика в строки, визначені Договором, та діє до 24 години 00 хвилин дати, зазначеної як дата закінчення строку дії Договору, крім випадків, коли дію Договору було достроково припинено.

2.6.2. Якщо в Договорі передбачено сплату страхової премії частинами, то строк дії Договору поділяється на періоди дії страхового захисту: за кожний період дії страхового захисту сплачується відповідна частина страхової премії.

2.6.3. Зобов'язання Страховика за Договором протягом кожного періоду дії страхового захисту починаються з дати, вказаної як початок періоду дії страхового захисту, за умови сплати відповідної частини страхової премії на поточний рахунок Страховика в строки, зазначені в Договорі.

2.6.4. Якщо Страхувальник не сплатив або сплатив у неповному обсязі чергову частину страхової премії за наступний період дії страхового захисту до дати, вказаної в Договорі, то страховий захист за Договором припиняється на наступний день, починаючи з 00 год. 01 хв. дати, зазначеної в Договорі як дата сплати страхової премії, але не раніше дати початку такого періоду дії страхового захисту.

2.6.5. При припиненні дії страхового захисту згідно з п. 2.6.4. цих Загальних умов, страховий захист за Договором поновлюються з 00 год. 01 хв. дня, наступного за днем надходження відповідної частини загальної страхової премії в повному обсязі за такий черговий період дії страхового захисту за Договором. При цьому дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною.

2.6.6. Страховик не несе відповідальності (зобов'язань) на період припинення дії страхового захисту та не здійснює страхову виплату за подіями, що сталися впродовж цього періоду.

2.7. Страховий захист діє на території України, якщо інше непередбачено Договором. Дія Договору не поширюється на територію Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, територій з переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, територій територіальних громад, розташованих в межах до 80 км від лінії проведення воєнних (бойових) дій (лінія проведення воєнних (бойових) дій визначається згідно інтернет-ресурсів <https://liveuamap.com> та <https://deepstatemap.live> з врахуванням інших умов та обмежень, зазначених у Договорі.

2.8. За погодженням його Сторін у Договорі може бути доповнено або змінено умови страхового покриття наведені у Розділі 2 цих Загальних умов.

## 3. Права та обов'язки Сторін Договору, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору

### **3.1.Страховальник має право:**

- 3.1.1. ознайомитися з умовами Договору, Програмою страхування та Загальними умовами страхового продукту «Медичне страхування»;
- 3.1.2. визначити Застрахованих осіб, як працівників, так і тих, хто працює за договорами підряду, працівників, які працюють за сумісництвом, а також членів їхніх сімей (чоловік, дружина, діти) у разі прийняття Страховальником рішення про страхування членів сім'ї працівника;
- 3.1.3. ініціювати внесення змін до переліку Застрахованих осіб (включення та/або виключення Застрахованих осіб) в період дії Договору;
- 3.1.4. у разі прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні Застрахованій особі страхової виплати оскаржити рішення Страховика в порядку, передбаченому законодавством України;
- 3.1.5. отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, звернувшись до Страховика з письмовою заявою про видавання дубліката;
- 3.1.6. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі;
- 3.1.7. відмовитися від Договору, ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору під час дії Договору, достроково припинити дію Договору у порядку, визначеному у Розділах 4 та 5 цих Загальних умов;
- 3.1.8. скористатися іншими правами, передбаченими Договором.

### **3.2.Страховик має право:**

- 3.2.1. перевіряти достовірність даних, що йому надаються;
- 3.2.2. на отримання від Страховальника або особи, яка підлягає страхуванню (Застрахованої особи), до укладення Договору, декларації про стан здоров'я або проведення медичного огляду такої особи;
- 3.2.3. визначати для конкретних Застрахованих осіб (працівників Страховальника та/або членів їхніх сімей) індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхової премії, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору щодо певних осіб;
- 3.2.4. запитувати й одержувати від Страховальника інформацію й документи, які необхідні для визнання події страховим випадком та необхідні для розрахунку розміру понесених витрат;
- 3.2.5. робити запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, фізичних осіб, що володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, або компетентні в проведенні відповідних досліджень, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини та причини події, що має ознаки страхового випадку. Здійснення таких дій Страховиком не є підставою для визнання події, що сталася, страховим випадком;
- 3.2.6. проводити, за необхідності, за власний рахунок обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви про здійснення страхової виплати за Договором;
- 3.2.7. відкласти прийняття рішення щодо страхової виплати Застрахованій особі за умов та в порядку, передбаченими п. 7.12. цих Загальних умов;
- 3.2.8. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, визначених у Розділі 8 цих Загальних умов;
- 3.2.9. направляти письмові претензії Страховальнику щодо дій Застрахованої особи при отриманні нею послуг у ЛПУ, визначених Договором та Програмою страхування, з порушенням зобов'язань, передбачених п. 3.6.5 цих Загальних умов (у тому числі некоректної поведінки), і вимагати від Страховальника усунення цих порушень або дострокового припинення дії Договору відносно цієї Застрахованої особи;
- 3.2.10. включати додаткові ЛПУ до переліку Страховика за заявою Страховальника або за ініціативою Страховика. При цьому додаткові ЛПУ включаються до переліку Страховика за Договором з визначенням конкретної категорії ЛПУ, до якої включаються додаткові заклади, та конкретних умов (розміру) страхової виплати;
- 3.2.11. виключати ЛПУ з переліку Страховика як окремо за Програмами страхування, так і за Договором в цілому, при цьому виключення ЛПУ (або призупинення надання послуг в такому закладі) здійснюється за умови розірвання (призупинення, припинення) дії договору між Страховиком та ЛПУ (аптекою):
  - при невиконанні з боку ЛПУ умов договору між Страховиком та ЛПУ щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам;
  - при виявленні фактів шахрайства з боку ЛПУ;
  - у зв'язку з реорганізацією або ліквідацією такої ЛПУ.Страховик забезпечує Застрахованим особам отримання послуг в інших ЛПУ згідно з Програмою страхування, а, у випадку звернення Страховальника, надає письмове обґрунтування причин виключення ЛПУ або призупинення надання послуг в такому закладі. До цього повідомлення додається нова редакція переліку ЛПУ Страховика станом на дату направлення письмового повідомлення;
- 3.2.12. змінювати умови обслуговування в ЛПУ з переліку Страховика, а саме: змінити категорію ЛПУ, встановити/ збільшити франшизу на послуги відповідного ЛПУ та/або збільшити розмір страхового тарифу або виключити ЛПУ з переліку Страховика як окремо за Програмою страхування, так і за Договором в цілому при:

- значному (на 25 % та більше порівняно з цінами на дату укладення Договору) підвищенні цін на всі або деякі послуги в цьому ЛПУ з підтвердженням інформаційним листом ЛПУ;
- значному (на 25 % та більше порівняно з цінами на дату укладення Договору) збільшенні закупівельної вартості медикаментів в мережових постачальників згідно з переліком ЛПУ Страховика, що підтверджено аналітичними даними Страховика щодо зміни вартості цін на медикаменти, наданими провайдером відповідно контрольних дат;
- 3.2.13. у разі зміни ступеня страхового ризику запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору, включаючи сплату додаткової страхової премії, або припинити його дію відповідно до умов Договору;
- 3.2.14. припинити дію Договору без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору відносно Застрахованої особи, з дня, коли Страховику стало відомо, що на момент укладання Договору така Застрахована особа була особою, що не приймається на страхування згідно п. 10.1. Загальних умов;
- 3.2.15. ініціювати внесення змін та/або доповнень до умов Договору, достроково припинити дію Договору згідно з Розділом 4 цих Загальних умов;
- 3.2.16. при наявності підтверджених фактів передачі Застрахованою особою страхових документів іншим особам достроково припинити дію Договору відносно цієї Застрахованої особи з письмовим повідомленням Страхувальника про цей факт;
- 3.2.17. вимагати від Страхувальника повернення здійсненої страхової виплати, якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі обставини, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) права на отримання страхової виплати (повністю або частково);
- 3.2.18. альтернативного рішення щодо обслуговування в ЛПУ;
- 3.2.19. скористатися іншими правами, передбаченими Договором.

### **3.3. Страхувальник зобов'язаний:**

- 3.3.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;
- 3.3.2. при укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих витрат), та протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну таких обставин та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором;
- 3.3.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, встановлені Договором;
- 3.3.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 3.3.5. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;
- 3.3.6. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі);
- 3.3.7. надати Страховику перелік осіб, які приймаються на страхування, та ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору, роз'яснити порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору є обов'язковим;
- 3.3.8. якщо після прийняття рішення про здійснення страхової виплати за Договором виявиться така обставина, що за Договором або законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати права на її отримання – повернути Страховику страхову виплату (чи її відповідну частину) і відшкодувати витрати Страховика на проведення розслідування та експертизи з метою визначення розміру заподіяної шкоди (частину витрат на експертизу, що відповідає співвідношенню частини страхової виплати, яка підлягає поверненню Страховику, і суми страхової виплати) протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

### **3.4. Страховик зобов'язаний:**

- 3.4.1. після укладення Договору на підтвердження факту надання страхового захисту Застрахованій особі надати такій особі страховий поліс (картку) встановленого Страховиком зразка або здійснити СМС розсилку із зазначенням інформації необхідної для отримання медичної допомоги, медичних та інших послуг відповідно до умов Договору та Програми страхування;
- 3.4.2. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;
- 3.4.3. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору;
- 3.4.4. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;
- 3.4.5. контролювати обсяг, якість і доцільність медичної допомоги, медичних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до умов Договору та Програми страхування, чинних стандартів,

протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини;

- 3.4.6. при отриманні письмової претензії Застрахованої особи або Страхувальника щодо недоліків при наданні медичних та інших послуг протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання такої претензії розглянути її та письмово поінформувати Страхувальника та Застраховану особу про вжиті заходи.

### **3.5. Застрахована особа (її законний представник) має право:**

- 3.5.1. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору;

- 3.5.2. вчинити дії передбачені п. 3.1.1., 3.1.4., 3.1.6. цих Загальних умов.

### **3.6. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:**

- 3.6.1. під час укладення Договору та протягом строку його дії надавати інформацію Страховикові про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

- 3.6.2. забезпечити зберігання страхових документів і не передавати їх іншим особам для отримання останніми послуг, передбачених Договором, у разі втрати страхових документів невідкладно (але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів з дня виявлення) надати Страховику письмову заяву (в тому числі електронною поштою) про втрату страхових документів та отримати їх дублікат;

- 3.6.3. при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до умов Договору;

- 3.6.4. при зверненні в ЛПУ пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу) документ, що посвідчує її особу (з фотографією) та страховий поліс (картку);

- 3.6.5. виконувати всі рекомендації лікаря Страховика або співробітника Медичного асистансу Страховика (у тому числі щодо ЛПУ, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку, встановленого в ЛПУ, а також дотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України;

- 3.6.6. надати Страховику заяву про здійснення страхової виплати Застрахованій особі у разі оплати медичних та інших послуг за власний рахунок та документи, що підтверджують настання страхового випадку та оплату послуг, в строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання події, що має ознаки страхового випадку, а у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки зі стаціонару;

- 3.6.7. у разі оплати медичних або інших послуг, передбачених Програмою страхування, за власний рахунок надавати Страховику всю інформацію і докази, що стосуються події, що має ознаки страхового випадку, та здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме, що стосуються події, що має ознаки страхового випадку, та розміру страхової виплати, а за необхідності здійснити обстеження у лікаря Страховика;

- 3.6.8. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги:

- а) наданої внаслідок передачі Застрахованою особою особистих страхових документів третій особі та отримання останньою медичних та інших послуг, передбачених умовами Програми страхування Застрахованої особи;

- б) наданої внаслідок ускладнення захворювання у разі порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

- в) при зверненні до ЛПУ у стані або внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; при спробі самогубства;

- г) у разі шахрайства або інших навмисних, протиправних дій, спрямованих на отримання незаконної вигоди від страхування (у тому числі симуляція хвороби при зверненні до Медичного асистансу) або спрямованих на настання страхового випадку;

- д) при захворюваннях та травмах, отриманих внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав, особистою участю у військових діях, народних заворушеннях, страйках) та заняттям небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, дайвінгом, полюванням, мото- та автоспортом тощо);

- е) при захворюваннях і травмах, отриманих внаслідок форс-мажорних обставин, військових та соціальних конфліктів, техногенних катастроф, аварій, стихійних лих;

- ж) наданих внаслідок необґрунтованого виклику лікаря додому або швидкої (невідкладної) медичної допомоги (в тому числі використання санітарного транспорту), зокрема коли: виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи, виклик здійснено не в медичних цілях, виклик здійснено для Застрахованої особи, яка перебуває в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або абстинентного синдрому; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду, виклик (невідкладної) медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання екстреної медичної допомоги (з метою надання планових медичних консультацій тощо), виклик здійснено за соціальними показаннями (проживанням далеко від закладу охорони здоров'я, відсутністю автотранспорту, зайнятістю на роботі або вдома, несприятливими кліматичними (погодними) умовами тощо);

- з) у разі відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЛПУ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації;
- 3.6.9. відшкодувати витрати, зазначені в пункті 3.6.8. цих Загальних умов, протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання нею відповідної письмової вимоги Страховика;
- 3.6.10. при отриманні медичної допомоги у ЛПУ, де передбачена франшиза, відшкодувати розмір франшизи лікувально-профілактичній установі одразу під час звернення;
- 3.6.11. в разі проходження тестування на визначення вмісту алкоголю, наркотичних та одурманюючих речовин в організмі надати Страховику результати такого тестування;
- 3.6.12. виконувати інші зобов'язання, передбачені Договором.
- 3.7. У випадку необґрунтованої відмови ЛПУ з переліку Страховика у наданні Застрахованій особі послуг, передбачених Програмою страхування, неповного або неякісного надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, Страховик після отримання відповідної письмової заяви Застрахованої особи або Страхувальника у найкоротший строк вживає заходів для надання Застрахованій особі цих послуг у повному обсязі.
- 3.8. Обґрунтованість претензії Застрахованої особи (Страхувальника) визначається медичним експертом Страховика, а при недосягненні згоди Сторін з цього приводу – із залученням Сторонами або однією зі Сторін незалежних медичних консультантів.
- 3.9. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпоряджень) ЛПУ, медичних приписів, лікувально-організаційного режиму, некоректної поведінки Застрахованої особи, ЛПУ вправі відмовити цій Застрахованій особі в подальшому наданні послуг з наступним повідомленням про це Страховика. При наявності офіційного письмового повідомлення ЛПУ про таке порушення, Страховик повідомляє Страхувальника та вправі в односторонньому порядку припинити дію Договору щодо такої Застрахованої особи.
- 3.10. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору та своїх обов'язків його Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику **пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої виплаченої страхової виплати за кожен робочий день прострочення**, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла у період, за який нараховується пеня, і не більше 5 (п'яти) відсотків від суми невиконаного зобов'язання.
- 3.11. За погодженням його Сторін у Договорі може бути доповнено або змінено права та обов'язки Сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору наведені у Розділі 3 цих Загальних умов.

#### **4. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, їх правові наслідки**

- 4.1. Усі зміни та доповнення до Договору здійснюються за згодою його Сторін та оформлюються додатковими договорами у письмовому вигляді у двох примірниках, кожен з яких підписується Сторонами та розглядається як невід'ємна частина Договору. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться шляхом укладення додаткового договору до Договору протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною Договору. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договору продовжує діяти на попередніх умовах.
- 4.2. У разі виникнення необхідності у внесенні нових осіб до переліку Застрахованих осіб, внесення змін до Програм страхування, виключенні осіб з переліку Застрахованих осіб, Страхувальник направляє Страховику електронною поштою скановану копію заяви (за формою Страховика), в якій зазначає всі необхідні відомості (ПІБ, дату народження, фактичну адресу проживання, контактні телефони, Програму страхування, номер поліса (стосується осіб, які виключаються з переліку). Після надходження заяви Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оформляє додатковий договір про внесення змін до Договору та надає до підпису Страхувальнику. Додатковий договір з визначеними змінами набирає чинності з дати, що зазначена у такому додатковому договорі, але не раніше дати його підписання обома Сторонами Договору.
- 4.3. Внесення до переліку Застрахованих осіб нових осіб – працівників Страхувальника, членів сім'ї працівників, виключення осіб із цього переліку, зміна Програми страхування здійснюється на нижчезазначених умовах:
- 4.3.1. Якщо протягом строку дії цього Договору Страхувальник включає до переліку Застрахованих осіб – нових працівників, Страховик здійснює перерахунок загальної страхової премії, розмір якого визначається пропорційно кількості днів (місяців), що залишились до кінця дії Договору. Відповідно перераховується страхова сума та ліміти за окремими видами медичної допомоги та послуг, що визначені Програмами страхування.
- 4.3.2. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім'ї працівника (чоловік, дружина, діти) можливе лише протягом першого місяця дії Договору на підставі наданої декларації про стан здоров'я такої особи, а дітей віком до 1 (одного) року додатково на підставі наданого медичного висновку про стан здоров'я дитини від сімейного лікаря або педіатра та/або копії виписки з пологового будинку. Страхова премія при цьому встановлюється відповідно до Програми страхування, передбаченої Договором для працівника Страхувальника, член сім'ї якого включається до переліку Застрахованих осіб.

4.3.3. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім'ї працівника (чоловік, дружина, діти) після першого місяця дії Договору можливе лише за програмами та тарифами Страховика для фізичних осіб з урахуванням висновків акту передстрахової експертизи, складеного на підставі декларації про стан здоров'я члена сім'ї працівника, а дітей до 1 (одного) року додатково на підставі наданого медичного висновку про стан здоров'я дитини від сімейного лікаря або педіатра та/або копії виписки з пологового будинку. Строк страхування для додатково застрахованої особи – члена сім'ї працівника визначається за кількістю днів (місяців), що залишилися до закінчення дії Договору, при цьому розмір страхової премії визначається пропорційно кількості (днів) місяців, що залишилися до кінця дії Договору, і відповідно переглядається страхова сума та ліміти за окремими видами медичної допомоги та послуг, що визначені Програмами страхування.

4.3.4. Перехід, за бажанням Застрахованої особи, із однієї Програми страхування до іншої не здійснюється, окрім випадків, коли перехід до іншої Програми передбачений корпоративною політикою Страхувальника (зокрема, перехід Застрахованої особи на іншу посаду). Додаткова страхова премія, страхова сума та ліміти для такої Застрахованої особи визначається за формулою:

$$S = (A - B) / 365 (12) * C,$$

де: S – додаткова страхова премія (страхова сума, ліміти);

A – річна страхова премія (страхова сума, ліміти) згідно з новою Програмою страхування;

B – річна страхова премія (страхова сума, ліміти) згідно з попередньою Програмою страхування;

C – строк дії Договору (у днях) для Застрахованої особи згідно з новою Програмою страхування.

4.3.5. Якщо протягом строку дії Договору Страхувальник замінює Застраховану особу – працівника Страхувальника, щодо якої не здійснювались страхові виплати, то ця заміна здійснюється без повернення страхової премії за цю особу та без сплати страхової премії за особу, яка підлягає страхуванню та оформляється додатковим договором, який набирає чинності з дня, зазначеного у ньому, але не раніше дня підписання Сторонами такого додаткового договору. Заміна Застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика.

4.3.6. Якщо протягом строку дії Договору Страхувальник виключає з переліку Застрахованих осіб будь-яку особу, Договір щодо такої особи та її членів сім'ї припиняється з дати, зазначеної у відповідній заяві Страхувальника.

У такому випадку Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачену страхову премію для такої Застрахованої особи за період, що залишився до закінчення строку дії Договору (оплаченого періоду страхування), з відрахуванням частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору та фактичних страхових виплат, що були здійснені цій Застрахованій особі за Договором.

4.3.7. Розрахунок страхової премії, що підлягає поверненню Страхувальнику, Страховик здійснює після проведення всіх розрахунків з ЛПУ з переліку Страховика, але не пізніше 45 (сорока п'яти) днів з дати виключення Застрахованої особи із переліку Застрахованих осіб.

4.3.8. Повернення страхової премії Страхувальнику здійснюється протягом 10 (десяти) календарних днів після підписання Сторонами відповідного додаткового договору до Договору.

4.3.9. За домовленістю Сторін Договору сума, що підлягає поверненню Страхувальнику, за письмовою заявою Страхувальника зараховується як черговий страховий платіж за Договором, про що зазначається у додатковому договорі до Договору.

4.4. Включення додаткових закладів, згідно умов п. 3.2.10. Загальних умов, та умови відшкодування вартості послуг у таких закладах оформляються додатковим договором до Договору.

4.5. У разі зміни умов обслуговування в ЛПУ з переліку Страховика, згідно умов п. 3.2.12. Загальних умов, Страховик направляє Страхувальнику письмове повідомлення про необхідність внесення змін до Договору щодо встановлення/ збільшення франшизи на послуги такого закладу та (або) збільшення розміру страхового тарифу та два екземпляри підписаного Страховиком додаткового договору про внесення таких змін до Договору. Якщо Страхувальник не погоджується із внесенням змін до умов Договору, відмовляється від укладення додаткового договору та/або не повертає підписаний зі свого боку екземпляр додаткового договору протягом 5 робочих днів з дня його отримання, Страховик направляє Страхувальнику письмове повідомлення про виключення такого ЛПУ з переліку Страховика в односторонньому порядку з додаванням актуального Переліку ЛПУ Страховика станом на дату направлення такого повідомлення.

4.6. У разі збільшення офіційного курсу долара США, встановленого НБУ щодо гривні, на відповідний розмір %, вказаний в Договорі, від офіційного курсу долара США, встановленого НБУ на дату укладення Договору, його Сторони домовились укласти додатковий договір про збільшення страхової суми та страхової премії пропорційно збільшенню курсу та доплату Страхувальником страхової премії та/або зміну інших умов страхування (введення та/або зміну лімітів відповідальності, розміру франшиз, виключення певних ЛПУ з Переліку Страховика тощо). Два екземпляри такого додаткового договору, підписані Страховиком, направляються Страхувальнику, підписуються ним та один екземпляр додаткового договору направляється Страховику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання Страхувальником від Страховика двох екземплярів додаткового договору. Якщо Страхувальник відмовляється від укладення такого додаткового договору та доплати страхової премії



та/або зміни інших умов страхування (введення та/або зміни лімітів відповідальності, розміру франшиз, виключення певних ЛПУ з Переліку Страховика тощо), Сторони Договору дійшли згоди, що у разі, якщо збитковість за Договором становить 90 % та більше відсотків, дія Договору припиняється з 00 годин 01 хвилини дня, наступного за днем закінчення строку у 5 (п'ять) робочих днів для укладення Сторонами додаткового договору. У цьому випадку Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії Договору повертає Страхувальникові страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з відрахуванням частки витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору і фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

Збитковість за Договором визначається як співвідношення суми здійснених Застрахованим особам страхових виплат за період від дати початку дії Договору до дати, що на один календарний місяць передує даті закінчення строку у 5 (п'ять) робочих днів для укладення Сторонами Договору додаткового договору, до загальної страхової премії за такий період.

Загальна страхова премія за період від дати початку дії Договору до дати, на яку рахується збитковість за Договором, визначається як загальна страхова премія за Договором помножена на кількість днів за період з дати початку дії Договору до дати, на яку рахується збитковість, та поділена на загальну кількість днів строку дії Договору.

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

4.7.1. закінчення строку дії Договору;

4.7.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

4.7.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). Якщо Страхувальник не сплатив або сплатив у неповному обсязі страхову премію або чергову частину страхової премії, Договір припиняє свою дію (припиняється) та Договір втрачає чинність з 00 годин 01 хвилини 30 (тридцятого) календарного дня, наступного за днем, зазначеним в Договорі як дата сплати страхової премії (чергової частини страхової премії);

4.7.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування») чи у разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи **недієздатним**;

4.7.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.7.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору **недійсним**;

4.7.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

4.8. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика (без необхідності отримання згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору). Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка його Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 10 (десять) календарних днів до дати припинення дії Договору.

4.9. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням фактичної частки витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, зазначеної у Договорі, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.10. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням фактичної частки витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, зазначеної у Договорі, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

4.11. **Гранична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, складає 50% (від страхової премії).**

4.12. У разі припинення дії Договору за згодою його Сторін порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору.

4.13. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору та врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків (здійснення страхових виплат або прийняття рішення про відмову у виплаті), якщо такі випадки відбулися до дати припинення Договору.

4.14. При достроковому припиненні дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

4.15. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо сплата страхової премії здійснювалась в безготівковій формі.

4.16. При невиконанні зобов'язання, передбаченого п. 3.6.9 цих Загальних умов, Страховик має право достроково в односторонньому порядку припинити дію Договору щодо Застрахованої особи, винної у невиконанні цього зобов'язання, з дня, наступного за останнім днем строку виконання цього зобов'язання. При цьому, повернення

невикористаної страхової премії не здійснюється

4.17. При укладенні Договору його Сторони можуть змінити визначений порядок внесення змін, дострокового припинення у такому Договорі відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором.

## **5. Порядок відмови від Договору**

5.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів, та/або якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором .

5.2. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі, при цьому відповідне повідомлення, за вибором Страхувальника, направляється в паперовій формі поштою на адресу Страховика, або подається безпосередньо в офісі Страховика, або направляється у формі електронного документа у відповідності до вимог Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», підписаного кваліфікованим електронним підписом Страхувальника, на адресу [office@persha.ua](mailto:office@persha.ua) із зазначенням банківських реквізитів для перерахування коштів.

5.3. У разі відмови Страхувальника від Договору Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати отримання повідомлення Страхувальника про відмову від Договору.

## **6. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку**

6.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа та/або її представник зобов'язаний негайно, до моменту звернення за медичною допомогою, звернутися до Страховика за тел. **0 800 354 354** або безпосередньо до служби невідкладної медичної допомоги (якщо на момент настання події, що має ознаки страхового випадку, зв'язок із Страховиком був неможливий, за необхідності надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при настанні події, що має ознаки страхового випадку, що загрожує життю Застрахованої особи).

6.2. При зверненні до Страховика за тел. **0 800 354 354** Застрахована особа та/або її представник повідомляє лікарю Страховика своє прізвище, ім'я та по батькові, номер страхового поліса (картки), причину звернення (скарги), контактний телефон.

6.3. Лікар Страховика направляє Застраховану особу в ЛПУ, відповідно до Програми страхування та конкретного страхового випадку. Підбір ЛПУ відноситься до компетенції лікаря Страховика.

6.4. У разі невиконання Застрахованою особою зобов'язання, згідно п. 3.6.4. цих Загальних умов, а саме відсутності у Застрахованої особи страхового поліса (картки), ЛПУ з переліку Страховика має право відмовити Застрахованій особі в наданні послуг безкоштовно та запропонувати сплатити послуги за рахунок Застрахованої особи. В окремих випадках послуги можуть бути надані лише за умови телефонного або іншими засобами зв'язку підтвердження (гарантії) Страховиком відшкодування вартості надання послуг такої Застрахованій особі.

6.5. При самостійному виклику бригади невідкладної медичної допомоги ЛПУ з переліку Страховика Застрахована особа та/або її представник повинен проінформувати службу невідкладної медичної допомоги про наявність Договору та Страховика про самостійний виклик бригади (в іншому випадку та/або у разі подвійного виклику бригади невідкладної медичної допомоги вартість виклику Застрахована особа сплачує самостійно).

6.6. Застрахована особа та/або її представник повинен попередити працівників ЛПУ (лікаря) про наявність укладеного щодо неї Договору та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, в тому числі, що містить персональні данні, необхідної для з'ясування обставин і причин настання події, що має ознаки страхового випадку, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання закладом охорони здоров'я такої інформації Страховикові.

6.7. Порядок організації Страховиком медичної допомоги, медичних та інших послуг:

6.7.1. При станах, які потребують ліжкового режиму та візиту лікаря додому:

6.7.1.1. Про необхідність надання послуги Застрахована особа інформує лікаря Страховика не пізніше 14:00 години в м. Києві та 12:00 години за межами Києва.

6.7.1.2. Лікар Страховика організовує виїзд лікаря до Застрахованої особи протягом 3 – 5 годин у місті Києві (протягом дня – для інших міст) з моменту отримання заявки від Застрахованої особи при наявності гострого захворювання та загострення хронічного захворювання при станах, що потребують ліжкового режиму. У разі звернення до Страховика пізніше вказаного у п. 6.7.1.1. цих Загальних умов, Страховик організовує виїзд лікаря наступного дня.

6.7.1.3. При виклику лікаря за межі населеного пункту, у якому розташована ЛПУ, вартість проїзду (транспортні витрати) лікаря в обидва боки Застрахована особа сплачує самостійно, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

6.7.1.4. Неможливість організації амбулаторної допомоги Застрахованій особі, в тому числі виклику лікаря додому, при зверненні у вечірні години (з 16:00 до 9:00) або у вихідні та/або святкові дні не є підставою для виклику бригади швидкої допомоги, якщо немає загрози життю Застрахованої особи.

6.7.2. Заявку на отримання планової медичної допомоги (планові обстеження та консультації) Застрахована особа повинна надати лікарю Страховика по телефону чи електронною поштою не менше, ніж за 2 (два) робочі дні до

бажаної дати консультації чи обстеження. Лікар Страховика організовує планові консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до ЛПУ та повідомляє про це Застраховану особу не пізніше, ніж за 1 (один) календарний день до встановленої дати проведення консультації або діагностичного обстеження.

6.7.3. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації організовуються за направленням лікуючого лікаря або терапевта або лікаря Страховика лише у тому разі, якщо симптоми захворювання потребують огляду (консультації) такого спеціаліста. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організовуються виключно при гострих станах, при цьому вибір ЛПУ належить до компетенції Страховика.

6.7.4. За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень в день звернення Застрахованої особи до Страховика, останній може записати Застраховану особу на проведення дослідження без встановлення конкретного часу для звернення.

6.7.5. При призначенні лікарем ЛПУ з переліку Страховика медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому закладі охорони здоров'я, Застрахована особа телефонує до лікаря Страховика за телефонами, зазначеними в страховому полісі (картці), та за його направленням відвідує визначений лікарем інший заклад охорони здоров'я згідно з Програмою страхування Застрахованої особи та конкретного страхового випадку.

6.7.6. При призначенні лікарем медикаментозного лікування, Застрахована особа інформує Страховика, який рекомендує аптечний заклад, де можна забрати ліки, або організовує доставку ліків додому, в офіс, або стаціонар, де перебуває Застрахована особа. Доставка організовується протягом 5 – 12 годин, лише у разі наявності такої послуги в місці перебування Застрахованої особи. Заявка про доставку ліків приймається у робочі дні до 15:00 год. та виконується до 22:00 год. у робочі дні в місті Києві. Якщо заявка на доставку ліків подана після 15:00 год., доставка виконується на наступний день. В окремих випадках, за письмовим (або телефонним) узгодженням зі Страховиком, Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати за узгоджений перелік медикаментів.

6.8. При намірі Застрахованої особи звернутися до будь-якого закладу охорони здоров'я поза переліком Страховика, Застрахована особа обґрунтовує причину звернення до ЛПУ по телефону або електронною поштою та узгоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги) зі Страховиком заклад охорони здоров'я (назву закладу охорони здоров'я, телефон і лікаря, до якого бажає звернутися), перелік медичних послуг та розмір відшкодування вартості узгоджених медичних послуг, який гарантовано відшкодовується Страховиком. Лікар узгоджує звернення Застрахованої особи в заклад охорони здоров'я поза переліком Страховика, обумовленим Договором, лише у разі обґрунтованості такого звернення (неможливості отримання необхідних медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхування, в ЛПУ з переліку Страховика), окрім випадків надання невідкладної допомоги. У такому разі Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає заяву Страховику про відшкодування витрат за оплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені та гарантовані до відшкодування медичні послуги та медикаменти безпосередньо Застрахованій особі або довіреній особі чи опікуну.

6.9. Якщо Застрахована особа (її представник) самостійно звернулася до ЛПУ не з переліку Страховика для отримання невідкладної медичної допомоги, вона зобов'язана негайно, як тільки з'явиться можливість, повідомити Страховика про звернення чи перебування в ЛПУ (амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному, стоматологічному тощо), не передбаченому Програмою страхування та Договором, та його місцезнаходження.

6.10. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором.

## **7. Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат**

7.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартість медичних чи інших послуг, а також медикаментів, пов'язаних зі страховими ризиками, що перераховані у п. 2.2. Загальних умов, в обсязі, що зазначений у Програмі страхування.

7.2. Розмір страхової виплати визначається на підставі фактичних витрат на отримання медичної допомоги з врахуванням умов щодо франшизи та лімітів відповідальності Страховика, що передбачені Програмою страхування, згідно Договору.

7.3. Загальний розмір суми здійснених страхових виплат при настанні страхових випадків протягом строку дії Договору не може перевищувати розміру страхової суми, встановленого для Застрахованої особи.

7.4. У разі здійснення страхової виплати ліміт відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору дорівнює розміру відповідної страхової суми) для Застрахованої особи зменшується на розмір здійсненої виплати.

7.5. Страхова виплата здійснюється:

7.4.1. шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, ЛПУ відповідно до умов Договору на підставі документів, обумовлених договором між Страховиком та ЛПУ, що підтверджують факт настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг, а також страхового акта, який складає Страховик або уповноважений лікар Страховика. Страховик оплачує вартість одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг ЛПУ в порядку

і строки, встановлені договором між Страховиком і зазначеними установами.

- 7.4.2. Застрахованій особі (Вигодонабувачу, у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених Договором), після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір страхової виплати.
- 7.6. У разі самостійної оплати Застрахованою особою отриманих медичних та інших послуг і придбаних медикаментів, для отримання страхової виплати Застрахована особа надає Страховику заяву на виплату встановленої Страховиком форми та всі документи, оформлені відповідно до вимог чинного законодавства України, що підтверджують настання страхового випадку та оплату Застрахованою особою медичних послуг (медикаментів), а саме:
  - 7.5.1. довідку лікаря ЛПУ (Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого встановленого, згідно законодавства, зразка, консультативний висновок, акт наданих послуг тощо) з визначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до ЛПУ, перелік наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, засвідчену підписом лікаря та печаткою лікаря та ЛПУ;
  - 7.5.2. фіскальний чек, та додатково до нього - товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), про сплату отриманих медичних та інших послуг;
  - 7.5.3. рецепт лікаря з його особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів додатково надається товарний чек);
  - 7.5.4. у разі придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа додатково надає довідку лікаря, засвідчену печаткою ЛПУ, про відсутність в ЛПУ відповідних ліків, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування;
  - 7.5.5. у разі отримання медичних та інших послуг у фізичної особи- підприємця платника єдиного податку, додатково надається копія витягу з реєстру платників єдиного податку поточного року;
  - 7.5.6. при зверненні в будь-який заклад охорони здоров'я приватної форми власності поза переліком Страховика - копію його ліцензії на надання медичних та інших послуг, рекомендованих (призначених) Застрахованій особі, або унікальний номер та дату електронного запиту на формування витягу щодо ЛПУ, яка надала послуги, з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб підприємців та громадських формувань через реєстраційний портал Міністерства юстиції України;
  - 7.5.7. у разі отримання оздоровчих послуг (якщо це передбачено Програмою страхування), Застрахована особа надає фінансовий документ про оплату послуг (фіскальний чек, або квитанцію банку), акт наданих послуг або довідку з ЛПУ з детальною калькуляцією отриманих послуг (назва, дата, вартість та кількість отриманих послуг), копію ліцензії та копію витягу з реєстру платників єдиного податку поточного року (в разі отримання послуг у фізичної особи-підприємця платника єдиного податку);
  - 7.5.8. копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати (Застрахованої особи), та копію картки платника податків про реєстраційний номер облікової картки платника податків Застрахованої особи (в т.ч. для дітей), копію Свідоцтва про народження дитини. У разі отримання виплати довіреною особою Застрахованої особи, додатково, - довіреність, яка видана Застрахованою особою і оформлена нею в установленому порядку, копію картки платника податків про реєстраційний номер облікової картки платника податків та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю;
  - 7.5.9. інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати та розрахунку розміру страхової виплати або про відмову здійснити страхову виплату.
- 7.7. Зазначені документи надаються Застрахованою особою (її уповноваженою особою) особисто, або рекомендованим листом, або у інший спосіб, узгоджений зі Страховиком.
- 7.8. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:
  - 7.7.1. документи, які оформлені не у відповідності із вимогами законодавства України, та/або документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів, осіб та/або організацій, які створені та/або діють не на підставі законодавства України;
  - 7.7.2. документи за наявності виправлень, що суттєво впливають на прийняття рішення (виправлення дати звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, діагнозу, тощо);
  - 7.7.3. довідки, талони, накладні, консультативні висновки, акти наданих послуг, калькуляції витрат, товарні чеки аптечних закладів та ін. без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій банку), що підтверджують факт оплати отриманих медичних та інших послуг або медикаментів;
  - 7.7.4. квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;
  - 7.7.5. товарні чеки від фізичних осіб-підприємців без надання відповідного фіскального чека або квитанції банку;
  - 7.7.6. замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури ЛПУ без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій банку), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;
  - 7.7.7. копії фінансових документів у випадку, якщо сума виплати за однією подією, що має ознаки страхового випадку перевищує 5 000,00 грн.;

7.7.8. квитанції про сплату благодійних внесків.

7.9. У разі смерті Застрахованої особи Страховик здійснює страхову виплату спадкоємцю такої Застрахованої особи у порядку згідно з законодавством України.

7.10. Зазначені у п. 7.5. цих Загальних умов документи надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій з урахуванням умов п. 7.7.7. цих Загальних умов.

7.11. Враховуючи особливості конкретної події, що має ознаки страхового випадку, за рішенням Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат і які повинні бути надані Страховикові.

7.12. Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір витрат та необхідні для здійснення страхової виплати:

7.11.1. приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок Застрахованої особи;

7.11.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

7.11.3. приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати відповідно до пункту 7.13. цих Загальних умов. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня його прийняття.

7.13. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо:

7.12.1. документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову здійснити страхову виплату здійснюється після усунення (виправлення) цих недоліків;

7.12.2. у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у виплаті) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, фізичних осіб, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання події, що має ознаки страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до пункту 7.5. цих Загальних умов;

7.12.3. на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та розмір витрат. У цьому випадку з метою встановлення обставин, причин настання події, що має ознаки страхового випадку, і розміру витрат Страховик має право провести додаткову перевірку обставин, направляти запити до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, фізичних осіб або замовити проведення експертизи (дослідження тощо), яку проводить незалежний фахівець (експерт), який має відповідно до законодавства України належні повноваження. Рішення про виплату або відмову здійснити страхову виплату Страховик приймає не пізніше 10 (десяти) робочих днів після складення Страховиком документа про результати проведення додаткової перевірки, отримання відповідей на запити або отримання звіту про експертизу (дослідження тощо), але не пізніше ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів від дня одержання останнього документа з переліку документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір витрат;

7.12.4. органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застраховану особу, іншу особу, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

7.14. Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика.

7.15. Страховик здійснює страхову виплату згідно із чинним податковим законодавством.

7.16. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором.

## **8. Підстави (причини) відмови у страховій виплаті**

8.1. Підставою (причиною) для відмови Страховика у страховій виплаті є:

8.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями.

- 8.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 8.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 8.1.4. одержання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) повного відшкодування збитків (витрат) від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток (витрати) відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків (витрат);
- 8.1.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у Договорі або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин 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 (витрат));
- 8.1.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором або інших підстав, встановлених законодавством;
- 8.1.7. настання події поза межами періоду страхового захисту Страховика відповідно до Договору або якщо місце події розташоване поза межами території дії Договору;
- 8.1.8. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
- 8.1.9. відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після або до настання страхового випадку.
- 8.2. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший перелік підстав (причин) для відмови у страховій виплаті відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором та законодавства.

## 9. Порядок укладення Договору

- 9.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта/потенційного Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.
- 9.2.3 метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні Страховик (страховий посередник) може запропонувати клієнтові/потенційному Страхувальнику заповнити Заяву на страхування за встановленою Страховиком формою або в інший спосіб визначає потреби у страхуванні.
- 9.3. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит Страхувальника Страховик надає клієнтові/потенційному Страхувальнику безоплатну індивідуальну консультацію та рекомендації щодо умов страхового продукту.
- 9.4. Перед укладенням Договору Страховик (страховий посередник) забезпечує клієнта/потенційного Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом/потенційним Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору, а також інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».
- 9.5. Клієнт/потенційний Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору вичерпний **перелік інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії за Договором**, включаючи:
- 9.5.1. кількість Застрахованих осіб;
- 9.5.2. територія проживання та переважного обслуговування Застрахованих осіб;
- 9.5.3. перебування Застрахованих осіб у категоріях осіб, визначених у п. 10.1 цих Загальних умов;
- 9.5.4. вік (в межах передбачених умовами Договору) Застрахованих осіб;
- 9.5.5. заняття Застрахованими особами спортом/небезпечними хобі;
- 9.5.6. робота Застрахованих осіб, що пов'язана з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруень/травм;
- 9.5.7. відомості про Застрахованих осіб (застосовується не завжди): отримання травм/перенесення захворювань, встановлення групи інвалідності, тощо, наявність хронічних захворювань, наявність хвороб, які потребують диспансерного нагляду;
- 9.5.8. інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- 9.5.9. **інформацію про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі).**
- 9.6. Договір укладається у письмовій формі у паперовому вигляді в двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному примірнику для кожної з його Сторін, або як електронний документ, електронний договір (правочин) відповідно до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронні довірчі послуги», законодавства у сфері електронної комерції, укладення електронних договорів (правочинів).
- 9.7. Договір укладається за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком у межах класу страхування «Медичне страхування».

## 10. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування

- 10.1. На страхування не приймається особа, яка на момент укладення Договору:

10.1.1. перебуває на стаціонарному лікуванні (госпіталізована);

10.1.2. перебуває на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірно-венерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби із синдромом набутого імунodefіциту (далі – СНІД);

10.1.3. вживала або вживає наркотичні препарати;

10.1.4. хворіє на (має) ревматизм, вади серця, гепатит В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефритом, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсією, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренію та інші), венеричні захворювання, СНІД, захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ (вірус імунodefіциту людини) та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм (далі – ВІЛ-інфекція), захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами, при цьому страхування цих осіб може здійснюватися Страховиком, за умови надання декларації про стан здоров'я такої особи, на інших умовах (індивідуальних), ніж страхування працівників Страхувальника.

**10.2. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до ЛПУ та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:**

10.2.1. СНІД та ВІЛ-інфекція, наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, в т.ч. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння;

10.2.2. Захворювання, за якими встановлена група інвалідності (I, II, III), інвалідність з дитинства та їх ускладнення або наслідки; вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання;

10.2.3. Професійні захворювання та патології, встановлені висновком науково-дослідного інституту Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);

10.2.4. Венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (в т.ч. числі гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, за винятком кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів, якщо вони не є складовою змішаної інфекції), ToRCH- інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус), вірус Епштейн – Барра (окрім мононуклеозу);

10.2.5. Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (в т.ч. амебіаз, лямбліоз, аскаридоз тощо);

10.2.6. Бактерію – чи вірусно-носійство без наявності клінічних ознак захворювання;

10.2.7. Дерматологічні захворювання: в т.ч. мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний моллюск, вітіліго та інші;

10.2.8. Функціональні розлади органів травлення: дискінезія жовчовивідних шляхів, функціональний закріп, синдром роздратованого кишківника, диспанкреатизм та інші; дисбіоз, дисбактеріоз;

10.2.9. Гепатити (крім вірусного гепатиту А), мікс – гепатити, цироз печінки, гепатоз;

10.2.10. Безпліддя, імпотенція, порушення сексуальної та репродуктивної функції, звичне невиношування вагітності; клімактеричний синдром, порушення менструального циклу; дисгормональні стани, мастопатія; аденома простати, ендометріоз, фіброміома, гіперплазія ендометрію, гіперплазія простати, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, фонові та передпухлинні захворювання шийки матки, в тому числі дисплазія шийки матки, гіперпролактинемія, окрім невідкладних станів; діагностика та ведення вагітності; пологи (за винятком позаматкової вагітності);

10.2.11. Ожиріння, булемія, анорексія, глютенова ентеропатія, целиакія, лактозна недостатність;

10.2.12. Психічні захворювання, психопатія, невроз, астено - депресивні стани та астено-невротичні стани, синдром хронічної втоми, епілепсія, порушення мови, межові розлади.

**10.3. Не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:**

10.3.1. Хронічні персистуючі інфекції викликані вірусами Коксакі, ЕСНО та інші;

10.3.2. Вікові та хронічні дегенеративно-дистофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, в т.ч.: катаракта, макулодистрофія, деструкція скловидного тіла, ангіопатія судин сітківки ока, хронічна нейросенсорна прихлуговатість, ішемічна хвороба серця, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз, кили, протрузії, екструзії та інше (крім зняття гострого больового синдрому та надання невідкладної медичної допомоги);

10.3.3. Цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання та їх ускладнення на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги;

10.3.4. Хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальна астма, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги (тривалістю до 14 днів);

10.3.5. Комп'ютерний синдром, синдром сухого ока, глаукома, міопія, косоокість;

10.3.6. Системні захворювання сполучної тканини, в т.ч. ревматизм неактивна фаза; демієлінізуючі захворювання; аутоімунні хвороби (окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги); алергічні хвороби, алергічний дерматит, риніт, кон'юнктивит та інші, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги, а саме: набряк Квінке, анафілактичний шок, гостра кропив'янка;

10.3.7. Дисциркуляторна дистонія (ДЕП), вегето-судинна дистонія (ВСД), нейро-циркуляторна дистонія (НЦД) (крім зняття кризи та надання невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару);

10.3.8. Хвороби крові та кровотворних органів (за винятком анемії, що зумовлена гострою крововтратою, анемії 3ст.) в т.ч. онкогематологічні захворювання, іммунодефіцитні розлади;

10.3.9. Гіпертонічна хвороба (окрім кризових станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги);

10.3.10. Хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, геморой, хронічна венозна недостатність) окрім невідкладних станів;

10.3.11. Особливо небезпечні інфекції та їх ускладнення: в т.ч. чума, холера, натуральна віспа, геморагічні лихоманки, хвороба Лайма; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів, в тому числі вітряна віспа, кашлюк;

10.3.12. Бородавки, папіломи, атероми, доброякісні пухлини та кісти (в т.ч. ліпоми, поліпи, гемангіоми, гігроми), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча);

10.3.13. Хронічна ниркова, печінкова та серцева недостатність (окрім невідкладних станів).

**10.4. Перелік послуг та медикаментів, вартість яких не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку:**

10.4.1. Профілактичні огляди, диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;

10.4.2. Медикаменти, призначені з метою профілактики, медикаменти наступних фарм груп: біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики, бактеріофаги, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор, та ін.), ферменти загальної дії (вобензим, флогензим та ін.), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні, ноотропні препарати, фітопрепарати, гомеопатія, снодійні, антигістамінні цитостатики, препарати, що мають хондропротекторну дію, гепатопротектори; препарати, що активізують обмін речовин в тканинах, поліпшують трофіку і стимулюють процес регенерації (актовегін, метамакс, мілдронат та ін.), біологічно активні добавки (БАДи), сольові розчини, ботулотоксин, та ін.;

10.4.3. Лікувальні процедури, маніпуляції в т.ч. з метою профілактики (вакцинація та її наслідки, імунізація, промивання лакун мигдаликів, мануальна терапія, рефлексотерапія, плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмодіфільтрація, кріотерапія, ударно-хвильова терапія, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія; процедури з використанням лазерних технологій);

10.4.4. Будь-які послуги за абонементом; відшкодування благодійних внесків;

10.4.5. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;

10.4.6. Медичні довідки: для отримання водійського посвідчення, носіння зброї, на вступ до учбових/дитячих закладів, сертифікати нарколога та психіатра тощо; відкриття та закриття листка непрацездатності без огляду лікаря, оформлення листка непрацездатності для догляду за дитиною;

10.4.7. Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, забір аналізів та інше), окрім випадків для тяжкохворих пацієнтів та пацієнтів з призначеним лікарем суворим ліжковим режимом;

10.4.8. Професійні огляди; освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для ВЛК (військово лікарська комісія) з метою визначення ступеню придатності до військової служби та служби в інших силових структурах та МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару додому, транспортування на планові консультації та перев'язки до ЛПУ, оплата послуг таксі тощо;

10.4.9. Тестування та визначення вмісту алкоголю, наркотичних та одурманюючих речовин у організмі;

10.4.10. Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в т.ч. гіпноз, психотерапія, консультація та лікування у психолога, психотерапевта, логопеда; консультація трихолога, подолога; іридіодіагностика, біокорекція, діагностика по Фоллю, гірудотерапія, остеопатія, метамерні методи лікування, ботулінотерапія;

10.4.11. Косметичний, профілактичний, та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), використання барокамери, ЛФК, кінезіотерапія;

10.4.12. Медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України);

10.4.13. Діагностика та лікування (в тому числі медикаментозне) будь-якого захворювання в амбулаторних умовах строком понад 30 (тридцять) календарних днів з моменту первинної консультації за профілем захворювання за страховим випадком;

10.4.14. Вироби медичного призначення, які входять до «Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення», а також на які поширюється дія Технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 2 жовтня 2013 р. № 753, відповідно до законодавства, в тому числі: медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів: (трансплантати, протези, імплантати, ендопротези, стенти, лінзи тверді та м'які, пролінові сітки); еластичний бинт, скотч-каст; інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри та ін.), медичне устаткування (набори для емболізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, електроди, ріжучі петлі, деартерилізації, артроскопічні набори, набори для лапороскопії, витратні матеріали для металоостеосинтезу тощо), крім шприців, крапельниць, медичного бинту, рукавичок та вати, шовного матеріалу;

10.4.15. Засоби які корегують функції органів: в т.ч. штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани;



- 10.4.16. Витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні та дезінфікуючі засоби;
- 10.4.17. Виклик до дому лікарів вузькопрофільної спеціалізації. Виклик до дому або консультація в поліклініці провідних (головних) фахівців, іменних фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, та інших категорій фахівців, на послуги яких діє більший прейскурант, ніж на послуги звичайних фахівців, лікарські консилиуми;
- 10.4.18. Косметичні, пластичні, артроскопічні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, венектомія тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору та підтверджений документально; діагностичні гістеро- та лапароскопії, окрім невідкладних станів;
- 10.4.19. Трансплантація органів та тканин; протезування та підготовка до нього (у т.ч. зубів), зубні імпланти та підготовка до їх встановлення;
- 10.4.20. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в ЛПУ;
- 10.4.21. Медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в т.ч. гормональні, ферментні, антигіпертензивні), крім стадії загострення, в період якого відшкодовується вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я;
- 10.4.22. Штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, видалення поліпів, кіст; послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в т.ч. золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”;
- 10.4.23. Визначення гормонального стану (крім випадків призначення лікарем при наявності страхового випадку, але не більше 3-ти гормонів протягом строку дії Договору);
- 10.4.24. Модифікація тіла, в т.ч. зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпидограма, консультація імунолога, гіпосенсибілізуюча терапія при алергозах тощо);
- 10.4.25. Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в т.ч. апаратне лікування, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;
- 10.4.26. Профілактичні стоматологічні заходи: покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії емалі, полірування, шліфування старих пломб, не пов'язане з лікуванням, зубні пасти, флоси;
- 10.4.27. Ортодонція: в т.ч. консультація ортодонта, брекет-системи, трейнери, капи тощо; безметалева протезування; імплантація зубів;
- 10.4.28. Лікування зубів, слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту із застосуванням озону або лазеру;
- 10.4.29. Лікування тканин пародонту апаратом „Вектор”; лікування пародонтозу/пародонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії Договору;
- 10.4.30. Послуги тренера при занятті в тренажерному (спортивному) залі або басейні, косметичні послуги;
- 10.4.31. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження, окрім випадків, коли лікуючий лікар ЛПУ видає письмове направлення на додаткову консультацію (обстеження), або Застрахована особа письмово звернулася з заявою до лікаря Страховика з обґрунтуванням поважних причин про необхідність альтернативної консультації (обстеження) та отримала згоду Страховика.
- 10.5. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до ЛПУ з приводу захворювань та станів у випадках якщо:**
- 10.5.1. Вид медичної допомоги не передбачений Програмою страхування;
- 10.5.2. Подія, що призвела до настання страхового випадку сталася внаслідок вчинення Застрахованою особою навмисних або неправомірних дій та будь-якої діяльності, пов'язаної з невинуватим ризиком, навмисного спричинення Застрахованою особою шкоди своєму здоров'ю;
- 10.5.3. Травми та захворювання пов'язані з військовими діями, участю в них Застрахованою особою;
- 10.5.4. Послуги (у тому числі ведення вагітності) отримані в ЛПУ з переліку Страховика, які не призначені для надання цих послуг; медичні послуги отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг;
- 10.5.5. Амбулаторне, стаціонарне лікування по захворюванню розпочалося до початку дії Договору та потребує подальшого лікування, крім лікування захворювань Застрахованих осіб, які були застраховані за Договором, укладеним між Страховиком та Страхувальником у попередньому періоді;
- 10.5.6. Медичні та інші послуги призначені протягом строку дії Договору, але отримані після його закінчення або після дострокового припинення дії Договору, за винятком обставин, коли страховий випадок, пов'язаний із невідкладним стаціонарним лікуванням, що розпочате в період дії Договору. У такому випадку Страховик відшкодовує витрати на невідкладне стаціонарне лікування як в період, так і після закінчення дії або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після закінчення дії Договору;
- 10.5.7. Надання послуг не погоджене зі Страховиком до моменту їх отримання, в ЛПУ як з переліку Страховика, так і поза цим переліком;
- 10.5.8. Медичні послуги (у тому числі медикаменти) пов'язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі/її законному представнику під час заповнення декларації про стан здоров'я (при оформленні такої декларації на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Застрахованою особою/її законним представником Страховик, та не зазначені в декларації про стан здоров'я;

10.5.9. Призначені послуги (у тому числі медикаменти) не відповідають чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим МОЗ, що базуються на принципах доказової медицини;

10.5.10. Послуги (у тому числі медикаменти), пов'язані з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями.

10.6. При лікуванні в поліклінічних умовах загострення хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, Страховик не забезпечує (не відшкодовує) вартість медикаментів після стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи (не більше ніж на 30 (тридцять) календарних днів), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

10.7. Страховик не забезпечує (не відшкодовує) лікування більше двох загострень кожного хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, в поліклінічних умовах, або одного курсу стаціонарного лікування та одного курсу лікування в поліклінічних умовах протягом строку дії Договору.

10.8. У разі невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря Страховика або співробітника Медичного асирансу Страховика (у тому числі щодо лікувально-профілактичного закладу, в якому буде здійснюватися надання послуг), та/або в період обстеження та лікування не виконання призначень лікаря та приписів медичного персоналу, не дотримання розпорядку, встановленого в лікувальному закладі, Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат, зазначених (здійснених) внаслідок такого випадку, і додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин.

10.6. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором.

## **11. Порядок вирішення спорів. Інші умови**

11.1. Будь-які спори, що можуть виникнути між Сторонами за Договором, вирішуються шляхом переговорів. У разі неможливості досягнення згоди – згідно із законодавством України.

11.2. При укладенні Договору виходячи з конкретних умов страхового покриття за Договором, обраних або індивідуально сформованих чи додаткових страхових ризиків за Договором, порядку укладення Договору та т. ін., деякі положення Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» можуть бути уточнені, конкретизовані, доповнені або змінені в Договорі, якщо це не протирічить діючому законодавству.

11.3. У разі, якщо положення укладеного Договору суперечать або тлумачаться іншим чином, ніж положення Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування», перевагу мають положення Договору.

11.4. Після отримання дублікату Договору його втрачений оригінал вважається недійсним.

11.5. Страховик не зобов'язаний пред'являти вимогу про сплату страхової премії.

## **12. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку**

**Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Перша".**

Адреса для звернення: 03150, м. Київ, вул. Фізкультури, 30.

Адреса електронної пошти для надання документів на відшкодування: [dms@persha.ua](mailto:dms@persha.ua).

Телефон для повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку: **0 800 354 354**.