|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Договір добровільного медичного страхування** |  | *телефони цілодобової підтримки по Україні:* ***0-800-50-80-10, (044) 290-39-95*** | № | ***\_\_-\_\_.\_\_.\_\_.\_\_\_\_\_*** |
| від | ***\_\_.\_\_.2019 р.*** |
|  |  | *ксп* | ***.  .*** | місце укладення | ***\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховик** | **Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Перша"**, код ЄДРПОУ 31681672, 03150, м.Київ, вул Фізкультури, 30, тел. (044) 201-54-05; office@persha.ua |
| в особі |  |
| який(а) діє на підставі |  | серія, номер |  | від |  ***. .2019 р.*** |
| п/р |  | у |  | МФО |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **СтрахУВАЛЬНИК** | ПІБ |  | дата народження |  |
| адреса |  | тел. |  |
| серія та номер паспорту |  | ким і коли виданий |  |
| ІПН | серія, номервід***.  .     р.*** |

Страховик та Страхувальник, далі – **Сторони**, а кожен окремо – **Сторона**, відповідно до Закону України "Про страхування", Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) №0317263 від 30.08.2017 р., зареєстрованих у Нацкомфінпослуг 05.10.2017 р. (далі – Правила) та ліцензії на здійснення страхової діяльності у формі добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) №3970 від 05.10.2017 р. уклали цей Договір добровільного медичного страхування (далі – **Договір**) про наступне:

|  |
| --- |
| 1. **Застраховані особи**
 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №пп | ПІБ | Дата народження | Адреса | Телефон | Тариф, % | Страховий платіж, грн | Номер картки ЗО |
| 1.1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Програма страхування для всіх застрахованих осіб**
 |

* 1. Програма страхування:      .
	2. Детальний опис «Програми струхвання» наведено у Додатку №1 до Договору.

|  |
| --- |
| 1. **Перелік Медичних закладів**
 |
|       | Перелік медичних закладів наведено у Додатку №2 до Договору. |
|       | Перелік медичних закладів наведено на офіційному сайті Страховика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з яким Страхувальник ознайомлений |
|       | Скорочений Перелік медичних закладів надеведо у Додатку №2 до Договору. Повний перелік медичних закладів розміщений на офіційному сайті Страховика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з яким страхувальник ознайомлений. |
| 1. **предмет договору страхування**
 |

* 1. Предметом договору страхування є майнові інтереси Страхувальника/Застрахованої особи, що не суперечать закону, пов’язані з його/їх життям, здоров’ям та працездатністю.

|  |
| --- |
| 1. **Страхові ризики. Страхові випадки**
 |

* 1. Страховими ризиками є події, що сталися протягом дії Догоору страхування, а саме:
		1. Гостре захворювання Застрахованої особи;
		2. Загострення хронічних захворювать Застрахованої особи;
		3. Розлад здоров’я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
	2. Страховим випадком є факт одержання Страхувальником (Застрахованою особою) медичних та інших послуг, передбачених Договором, необхідність держання яких виникла внаслідок подій, передбачених п. 5.1 Договору. Страховик не оплачує медичні послуги та медикаментозне лікування за одним страховим випадком, тривалістю більше 30 діб з лати настання страхового випадку.

|  |
| --- |
| 1. **Місце дії договору**
 |

* 1. Договір діє на території України, за винятком зон бойових дій та військових конфліктів, район проведення антитерористичної операції, операції об’єднаних сил, незаконно окупованих та/або відчужених територій.

|  |
| --- |
| 1. **Контакти медичного асистансу**
 |

* 1. Телефон гарячої лінії: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (цілодобово, безкоштовно з мобільних та стаціонарних телефонів).
	2. Електронна пошта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| 1. **страхова сума**
 |

* 1. Страхова сума на кожну застрахованн особу складає грн. (прописомгрн. копійок).
	2. Загальна страхова сума по договору складає грн. (прописомгрн. копійок).

|  |
| --- |
| 1. **страховий платіж**
 |

* 1. Загальний страховий платіж по договору складає грн. (прописомгрн. копійок).

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Страховий платіж сплачується одноразово до: „  ”       20   р.
 |  |
| * 1. Страховий платіж сплачується       частинами:
 |  |
| Частини страхового платежу | Розмір чергової частини страхового платежу, грн. | Дата сплати чергової частини страхового платежу(до включно) |
| Перша |       | „  ”       20   р |
| Друга |       | „  ”       20   р |
| Третя |       | „  ”       20   р |
| Четверта |       | „  ”       20   р |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Строк дії договору**
 |

* 1. Договір діє (включно): з 00 год. 00 хв. „  ”       20   р. до 24 год. 00 хв. „  ”       20   р.
	2. Договір страхування набирає чинності, вказаного як початок строку дії Договору п. 10.1 та надання Страхувальником Страховику заповненого та підписаного Додатку №3 до цього Договору з дотриманням п. 10.3. цього Договору. У випадку несплати першої або чергової частини страхового платежу (або сплати не в повному розмірі), Страховик не несе зобов’язань щодо здійснення страхової виплати за страховими випадками, що сталися у період з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за встановленою датою сплати страхового платежу (згідно п. 9.2- Договору), до 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою зарахування простроченої (не зарахованої) страхового платжу на поточний рахунок Страховика. У разі внесення Страхувальником простроченої частини страхового платежу Договір у частині зобов’язань Страховика поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхового платежу на поточний рахунок Страховика. При цьому Страховик не несе відповідальності за подіями (не здійснбє страхових виплат), що сталися у період припинення дії цього Договору у частині зобов’язань Страховика. Строк дії цього Договору не змінюється.
	3. Протягом 10 (десяти) календарних днів з дати, вказаної в пункті 10.1, як початок дії Договору страхування, Страховик несе зобов’язання щодо всіх подій, які визані страховими випадками, за цим Договором, лише за базовою опцією – невідкладної (швидкої) медичної допомоги (якщо така опція передбачена Договором для ЗО). З 11 (одинадцятого) календарного дня дії цього Договору страхування, Страховик несе зобов’язання щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за цим Договором, за всіма базовими опціями вибраної Програми страхування та додатковими опціями.

|  |
| --- |
| 1. **невід’ємні частини договору**
 |

* 1. Невідємними частинами цього договору є:

|  |  |
| --- | --- |
| * + 1. Додаток №1 (Програма страхування)
 |  |
| * + 1. Додаток №2 (Перелік медичних закладів)
 |  |
| * + 1. Додаток №3 Оферта (Заява акцепт (Декларація про стан здоров’я) для дорослих)
 |  |

**Пропозиція (оферта) укласти договір добровільного медичного страхування**

**(безперервного страхування здоров’я) № \_\_\_ м. Київ «\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_ 2019 р.**

**1. Порядок укладення договору страхування**

1.1. Дана Пропозиція укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією ПрАТ «Страхова компанія «Перша» (код ЄДРПОУ - 31681672, місцезнаходження: 03150 м. Київ, вул. Фізкультури, 30, тел. (044) 201-54-05; office@persha.ua) (далі – Страховик), від імені якого на підставі Договору доручення №№3.2755.00.19A від 02.09.2019 року, в якості повіреного діє Товариство з обмеженою відповідальністю «ХЕЛСІ ЮА», в особі Директора Михайлюка Артема Олександровича, який діє на підставі статуту (код ЄДРПОУ – 40436197 , місцезнаходження: м. Київ, вул. Воздвиженська, 56, 5 поверх) (надалі – Повірений), до фізичних осіб (далі – Страхувальники) щодо укладення із Страховиком Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) (далі – Договір страхування або Договір). Від імені Страховика може діяти Страховий посередник/Повірений, який діє на підставі та на умовах визначених в Договорі доручення укладеного із Страховиком. Повірений виконує частину страхової діяльності Страховика та може укладати договори страхування, одержувати страхові платежі, виконувати роботи, пов'язані із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань. Прийняття Страхувальником цієї Оферти здійснюється в цілому, Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови Договору страхування.

1.2. Офіційне оприлюднення Оферти з метою ознайомлення фізичних осіб - Страхувальників з її змістом здійснюється Страховиком шляхом розміщення тексту Оферти на офіційній Інтернет-сторінці Страховика за посиланням: www.persha.ua. Оферта складена в електронній формі, під- писана електронним підписом Страховика та набирає чинності з дати її офіційного оприлюднення та діє до дати оприлюднення на офіційній Інтернет-сторінці Страховика заяви про відкликання цієї Оферти. Договори укладені на умовах та у порядку визначеному цієї Офертою діють до дати закінчення дії цього Договору, зазначеної в Заяві (акцепт) Страхувальника.

1.3. Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування в електронній формі у відповідності до статей 207, 633, 638, 642 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію».

1.4. Безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Страхувальником вважається заповнення електронної заяви (надалі – Заява (акцепт) або Акцепт) на Інтернет-сторінці Страховика або Повіреного, та її підписання шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, яким є дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, що складаються з чотирьох символів та використовуються для підписання Заяви (акцепт) (шляхом введення у відповідну графу Заяви (акцепт) значення одноразового ідентифікатора, отриманого на номер мобільного телефону вказаного Страхувальником у Акцепті), а також сплата страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Повіреного.

1.5. Фіксація Акцепту Оферти здійснюється Страховиком в електронному вигляді і зберігається в апаратно-програмному комплексі Страховика. Сторони погоджуються, що виписки з апаратно-програмного комплексу Страховика можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку.

1.6. Після здійснення Акцепту Оферти та сплати страхового платежу Страхувальнику на адресу електронної пошти, вказаної ним в Заяві (акцепт), направляється Договір страхування.

1.7. Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами.

1.8. Інформація щодо дати, часу Акцепту Оферти на укладення Договору страхування, текст Акцепту Оферти на укладення Договору страхування (в електронній формі) та здійснення оплати, обміну електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігаються у Страховика.

1.9. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним Акцепту цієї Оферти.

1.10. Страховик має право ініціювати внесення змін до Оферти, у зв’язку із чим Страховик не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення таких змін вносить пропозицію на зміну умов Договору із зазначенням дати такої зміни шляхом розміщення відповідного повідомлення на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет за адресою: www.persha.ua. В разі, якщо Страхувальник протягом 30 (тридцяти) календарних днів не звернувся за судовим вирішенням розбіжностей між Страховиком та Страхувальником стосовно зміни умов Договору, вважається, що пропозиція Страховика відносно зміни умов Договору прийнята Страхувальником відповідно до частини 3 статті 205 Цивільного кодексу України. Страхувальник приймає на себе обов’язок самостійно відстежувати наявність/відсутність пропозицій Страховика на зміну умов Договору на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет. Сторони погодили, що незгода Страхувальника з пропозицією Страховика на зміну умов Договору є розбіжністю, яка на підставі частини 2 статті 649 Цивільного кодексу України підлягає вирішенню у судовому порядку.

1.11. Ця Оферта, Заява (акцепт) разом складають єдиний документ - Договір страхування.

1. **Визначення термінів**
	1. **Договір страхування** (надалі – Договір) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання **страхового випадку** здійснити страхову виплату **Третій особі** або Застрахованій особі в обсягах і на умовах, визначених **Договором та Програмою страхування**, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни та виконувати інші умови Договору.
	2. **Медичне страхування** — вид особистого страхування на випадок втрати здоров’я від хвороби або внаслідок **нещасного випадку**.
	3. **Застрахована особа**– це фізична особа, на користь якої укладений Договір. Вік Застрахованої особи на день початку дії Договору не повинен перевищувати 60 (шістдесяти) років. Застраховані особи можуть згідно з цим Договором набувати прав і обов’язків Страхувальника.
	4. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком. Страхувальник може укласти Договір страхування на власну користь, в такому випадку він є Застрахованою особою.
	5. **ЗАЯВА – АНКЕТА (Декларація про стан здоров’я)** (надалі - Заява – Анкета) - заява Страхувальника (Застрахованої особи) про стан її здоров’я і характер її ризиків – хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом її життя.
	6. **Страхова сума на 1 (одну) ЗО** - це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов цього Договору зобов’язаний провести виплату при настанні страхового випадку одержувачу страхової виплати, за одну ЗО.
	7. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці **страхової суми** за визначений період страхування.
	8. **Ліміт відповідальності** (надалі - ліміт) - становить межу страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані ЗО при настанні страхового випадку. Ліміти відповідальності розбиваються пропорційно оплаті (якщо інше не погоджено Сторонами).
	9. **Страховий платіж на 1 (одну) ЗО** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов’язаний внести Страховику згідно з цим Договором, за одну ЗО.
	10. **Загальна страхова сума** за цим Договором визначається шляхом складання Страхових сум за кожну ЗО.
	11. **Загальний страховий платіж** по цьому Договору визначається шляхом складання Страхових платежів за кожну ЗО та яку Страхувальник зобов’язаний сплатити Страховику згідно з цим Договором за всіх ЗО.
	12. **Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
	13. **Страховий випадок** – подія, передбачувана Договором, яка відбулася і, з настанням якої, виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або медичній установі.
	14. **Страхове відшкодування** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.
	15. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з **Програмою (ами) страхування.** При наявності франшизи у Програмі страхування, ЗО зобов’язана самостійно сплатити лікувальному закладу чи аптеці відповідну частину вартості Медичної послуги або медикаментів.
	16. **Лікувально-профілактична установа** (**далі ЛПУ**) – заклад охорони здоров’я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації тощо. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри, стоматології, оздоровчо-профілактичні (басейни, тренажерні зали тощо) заклади, лікувально-профілактичні установи та інші заклади з якими Страховик уклав Договори про обслуговування Страхувальника (ЗО). Перелік медичних закладів, в яких відбувається обслуговування, наведені у Додатку № 2 до цього Договору.
	17. **Асистуюча компаня** – партнер Страховика з обслуговування Договорів медичного страхування в частині організації та оплати медичних та інших послуг на умовах та в обсязі Програм страхування;
	18. **Страховий акт** - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхового відшкодування. Страховий акт складається на підставі документів про надані ЗО медичні та інші послуги.
	19. **Третя особа** – заклади охорони здоров’я, які згідно з чинним законодавством України мають право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації і т.і. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри, ЛПУ та інші заклади та установи, з якими Страховик уклав Договори про обслуговування ЗО, а також заклади, що надають оздоровчо-профілактичні послуги (басейни, тренажерні зали тощо). Також приватні лікарі, які отримали у встановленому законодавством порядку право на здійснення медичної діяльності (надання медичної допомоги та послуг). Третьою особою, також, може бути Асистанська компанія.
	20. **Вигодонабувач** – юридична або фізична особа, на користь якої відповідно до умов цього Договору сплачується страхове відшкодування.
	21. **Витрати на ведення справи** – витрати Страховика на укладення та обслуговування Договору страхування.
	22. **Медичні послуги** – це передбачені умовами Договору медичні консультації, обстеження, маніпуляції, процедури, забезпечення медикаментами та інша медична допомога, що виконуються з метою лікування або полегшення стану здоров’я хворої ЗО та мають визначену вартість.
	23. **Профілактичний огляд** – це комплекс медичних заходів (огляд лікарів, лабораторно – діагностичні дослідження та інше), з метою виявлення первинного захворювання та/або виявлення та запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.
	24. **Стаціонарна допомога** – вид медичної допомоги для лікування хворої ЗО, яка знаходиться в медичній установі протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу. Стаціонарна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Ургентна госпіталізація** проводиться при станах, що загрожують життю ЗО та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару протягом перших 24 годин та про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається «Госпіталізований за терміновими показаннями». Плановою госпіталізацією вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом не пізніше 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем.
	25. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – медична допомога, що надається хворій ЗО, коли та не перебуває у стаціонарі під час лікування.
	26. **Денний стаціонар** – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров’я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.
	27. **Екстрена (швидка) медична допомога** – медично виправдані та обґрунтовані заходи екстреної медичної допомоги та медичного супроводу ЗО, яка перебуває в критичному (невідкладному) медичному стані що становить пряму та невідворотну загрозу життю  до найближчого медичного закладу, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови згідно із Законом України "Про екстрену медичну допомогу" від 05.07.2012 № 5081-VI.
	28. **Стоматологічна допомога** – планова та/або невідкладна стоматологічна допомога, яка включає обстеження, терапевтичну та хірургічну допомогу, якщо інше не передбачено вибраною ЗО Програмою страхування. Стоматологічна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Невідкладна (екстрена) стоматологічна** допомога надається при гострому зубному болю в екстреному порядку при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до Асистуючої компанії. Екстрена стоматологічна допомога це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронаріт, флегмона і абсцес щелепно-лицьової області, невралгія трійчастого нерва, закупорка протоків слинних залоз.
	29. **Програма страхування** – програма медичного страхування вибрана на розсуд ЗО, яка передбачає у своєму складі набір медичних послуг (перелік медичної допомоги, як-то: стаціонарної, амбулаторно – поліклінічної, стоматологічної тощо), Програма/ми страхування зазначається у Додатку №1 до цього Договору та є його невід`ємною частиною.
	30. **Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали одноразового використання (перев’язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони та ін.), що призначені лікуючим лікарем або використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій. Надання рецептів медичними закладами здійснюється згідно з Правилами затвердженими наказом МОЗ України №360 від 19.07.2005 року, з урахуванням міжнародної непатентованої назви препарату (діючої речовини).
	31. **Нещасний випадок** – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи людини сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками.
	32. **Професійні хвороби (професійна патологія)** - це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Перелік професійних захворювань зазначено у Постанові Кабінету Міністрів України №1662 від 8 листопада 2000 р. Діагностика та встановленням первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами діючого законодавства України.
	33. **Раптове захворювання** – раптове непередбачене гостре погіршення стану здоровя ЗО, що загрожує життю та здоров’ю і вимагає надання ЗО невідкладної медичної допомоги.
	34. **Критичний медичний стан** – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщені та/або підтримці життєво важливих функцій організму людини (в першу чергу дихальної та серцевої діяльності організму).
	35. **Екстрена (ургентна) медична допомога** – медична допомога, що надається при гострих або критичних 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.
	36. **Гострий біль** – суб'єктивне відчуття, яке виникає раптово, різко погіршує загальний стан людини. Заважає нормальній праці та дієздатності людини.
	37. **Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.
	38. **Гостре захворювання** – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами (наприклад, ГРВІ). Певна частина гострих захворювань має здатність переходити в хронічні захворювання, завдяки таким факторам як, особливості імунної системи, особливості збудника хвороби, несприятливі умови зовнішнього середовища, неадекватного або несвоєчасного лікування.
	39. **Хронічне захворювання** – тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з **періодами загострень** (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).
	40. **Критичні захворювання** – група первинних захворювань, що включає в себе вперше виявленні злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, вперше виявлений цукровий діабет І типу та вперше виявлений туберкульоз будь-якої локалізації. Для діагностики та лікування таких захворювань можуть надаватися корпоративні або індивідуальні ліміти у програмі(ах) страхування.
	41. **Корпоративний ліміт** (на виключення, на лікування захворювань – виключень, на покриття діагностичних та/або лікувальних заходів, що підпадають під обмеження та виключення із страхування тощо) – сума коштів визначена Сторонами, в межах загальної страхової суми за Договором, що може бути використана Страховиком за письмовим погодженням зі Страхувальником на покриття діагностики, лікування, профілактики та інших заходів, які прямо не передбачені Програмою страхування, або, відповідно до умов цього Договору підпадають під виключення та/або обмеження страхування.
	42. **Компенсація** - стан повного або часткового заміщення функцій пошкоджених систем, органів та тканин організму за рахунок компенсаторних процесів (інших органів і систем організму людини).
	43. **Декомпенсація** **(некомпенсовані форми захворювання)** - порушення діяльності тканин організму, органу або системи органів, як наслідок, порушення діяльності всього організму людини в цілому, за рахунок порушень механізмів компенсації. Стан декомпенсації проявляється вираженими клінічними проявами захворювання та/або критичними станами.
	44. **Виклик лікаря додому -**  виїзд терапевта / педіатра, сімейного лікаря додому або на місце роботи (за показами) з відповідної категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування з амбулаторно-поліклінічної допомоги та за наявності наступних медичних показань: підвищення температури вище 38,00ºС, а також будь-якого підвищення температури більше 37,40ºС під час оголошеної епідемії грипу; стани та захворювання, що супроводжуються блювотою, проносом, іншими ознаками харчового отруєння або інфекційного захворювання; підвищення або зниження тиску більш ніж на 30 мм. рт. ст. порівняно із звичайним для Застрахованої особи. Звернення ЗО на виклик лікаря додому (в офіс) скеровується до Асистуючої компанії до 14.00. У разі звернення після 14.00 - лікар має право відвідати пацієнта на наступний день.
	45. **Провідний фахівець** - це лікар, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного ЛПУ, включає, але не обмежується: консультації професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо.
	46. **Індивідуальна картка ЗО** (надалі - Картка ЗО) – картка формату А7 – А8, виготовлена з пластику, яка надається Страховиком кожній ЗО при страхуванні за Програмами добровільного медичного страхування. На Картці ЗО, вказується така інформація: індивідуальний порядковий номер картки, номер Договору та термін його дії, контактний телефон Асистуючої компанії Страховика, реквізити та контакти Страховика. Обслуговування в медичних закладах, як правило, відбувається при пред’явлені ЗО Картки ЗО.
	47. **Медичне транспортування ЗО** – транспортування ЗО спеціально облаштованим транспортним засобом, за медичними показаннями у медичний заклад для надання медичної допомоги. Транспортування відбувається у супроводі медичного працівника.
	48. **Базові медичні заклади (БМЗ)** – це лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування зі списку Страховика згідно з категорією лікувально-профілактичних закладів обраної Програми страхування. БМЗ мають пріоритет при скеруванні ЗО за медичними послугами, обслуговування у інших закладах відбувається при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі або за направленням лікаря базового медичного закладу. При необхідності у БМЗ, найменування базових медичних закладів зазначаються у Програмі страхування.
	49. **Розрахункові медичні заклади** – це медичні заклади, за вартістю послуг в яких відбувається розрахунок розміру страхового відшкодування Застрахованим особам, які самостійно оплатили та отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком Страховика (вартість послуг в яких більша за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах). Найменування розрахункових медичних закладів відповідно категоріям ЛПУ наведені у Переліку медичних закладів.
2. **Загальні положення**
	1. За цим Договором страхування, Страховик зобов’язується у разі настання страхового випадку організувати надання медичних послуг ЗО та здійснити страхову виплату, а Страхувальник (ЗО) зобов’язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови цього Договору страхування.
	2. Страхування здійснюється згідно із Законом України «Про страхування» та відповідно до «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я)» №0317263 від 30.08.2017 р., зареєстрованих у Нацкомфінпослуг 05.10.2017 р.
	3. Одержувачем страхової виплати є Третя особа згідно з п. цього Договору страхування, яка надала Застрахованій особі медичну допомогу (послуги) на умовах цього Договору страхування або сама Застрахована особа в ситуації, яка передбачена п. цього Договору страхування.
	4. Вибрана ЗО Програма страхування наведена у Додатку № 1 до цього Договору.
	5. Перелік медичних закладів, в яких відбувається обслуговування, наведені у Додатку № 2 до цього Договору (якщо він передбачений цим Договором) та/або у Переліку медичних закладів.
	6. За письмовою згодою Сторін в якості Застрахованих осіб можуть виступати також члени родин Страхувальника (чоловік, дружина, діти).
	7. Особа, яка бажає бути застрахованою за цим Договором, заздалегідь заповнює Заяву – Анкету (Декларацію про стан здоров’я), що є підтвердженням існуючих ризиків щодо стану її здоров’я та згодою на укладання даного Договору на її користь, та є невід’ємною частиною Договору.
3. **Картки Застрахованих осіб**
	1. Програмою страхування та відповідно до умов цього Договору. Протягом 7 (семи) календарних днів після набрання чинності Договору, Страхувальнику Страховиком видається Картка ЗО, що засвідчує право ЗО на отримання медичних послуг згідно з вибраною Програмою страхування та відповідно до умов цього Договору.
	2. Картка ЗО не може використовуватись іншими особами з метою отримання ними медичних послуг.
	3. При втраті Картки ЗО, для її анулювання, ЗО зобов’язаний негайно сповістити про це Страховика. Втрачена Картка ЗО вважається недійсною і замінюється Страховиком на дублікат (новою Карткою ЗО з іншим індивідуальним номером) протягом 14 календарних днів.
4. **Обмеження страхування. Виключення із страхових випадків**
	1. **Застрахованими особами не можуть бути (якщо інше не передбачене Програмою страхування) :**
		1. Особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;
		2. Хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (порушення мозкового кровообігу, інсульт, пухлин головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію);
		3. Інваліди I або II групи, інваліди дитинства;
		4. ВІЛ – інфіковані та/або хворі на СНІД;
		5. Хворі на тяжкі або некомпенсовані форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем (та/або органів) організму людини);
		6. Вагітність та пологи.
	2. Страховик не оплачує вартість (якщо інше прямо не передбачено Програмою страхування):
		1. Медичних послуг, наданих з приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків загострення хронічних захворювань, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
		2. медичних послуг, наданих ЗО поза межами місця дії Договору;
		3. медичних послуг, наданих ЗО з приводу будь – якого захворювання або травми, які сталися з ЗО внаслідок війни, вторгнення, дії іноземних агресорів, (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту, повстанням, порушенням громадського порядку, страйком, військовим станом або станом облоги, спробою повалення уряду, будь-якого терористичного акту;
		4. медичних послуг, наданих ЗО в наслідок захворювань або станів що викликані дією іонізуючого випромінювання, хімічного забрудненнями території. Лікування гострих та хронічних променевих уражень;
		5. медичних послуг, не пов‘язаних із лікувальним процесом (довідки (водіям, в басейн, для вступу до учбових/дитячих закладів тощо), послуги за абонементом тощо), диспансерне обстеження (спостереження);
		6. медичних послуг щодо лікування захворювань, у тому числі травм, набутих під час виконання службових обов’язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, охоронцями юридичних осіб будь-якої форми власності, стрілками ВОХОР, а також під час проходження військової служби;
		7. медичних послуг щодо лікування захворювань, травм, набутих внаслідок недотримання офіційно встановлених правил техніки безпеки, протипожежної безпеки тощо, а також правил внутрішнього розпорядку, встановлених на виробництві;
		8. медичних послуг та інших послуг щодо діагностики та лікування безплідності (чоловіча, жіноча), клімакс, порушення оваріально – менструального циклу, синдром виснаження яєчників, полікістоз яєчників, перед менструальний синдром, порушення гормонального стану (гіперпролактинемія, гіперандрогенія, інші подібні захворювання), еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;
		9. медичних послуг щодо захворювання або нещасного випадку пов’язаного з польотами у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли ЗО виступає у ролі пасажира цивільного апарату, власник/перевізник якого має державну ліцензію на повітряне перевезення пасажирів;
		10. медичних послуг щодо лікування травм отриманих в наслідок злочинних дій або бездіяльності, які підтверджені вироком суду;
		11. експериментального лікування, альтернативних консультацій (окрім випадків, що передбачені клінічними протоколами лікування); перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду; сплата за харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині виповнилося повні 6 (шість) років;
		12. травм, отриманих ЗО у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп’яніння. Травм, отриманих ЗО внаслідок настання ДТП, за умови свідомого знаходження ЗО в ТЗ з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп’яніння;
		13. косметичних, пластичних та реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, реконструктивні втручання на суглобах будь якої локалізації), операцій на серці (у т.ч. стентування, шунтування), коронарних судинах, провідній системі, судинах, за винятком травм внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії цього Договору;
		14. допоміжних засобів медичного користування, у тому числі придбання коміру Шанса, бандажу, милиць, окулярів, контактних лінз, протезів, ортезів, стентів, слухових апаратів, інвалідних візків, металоконструкцій для проведення остеосинтезу, проведення літотріпсії, спиць, гвинтів, пластин, забезпечення інгаляторними пристроями (спайсерами, небулайзерами тощо), електродами, голками для біопсії, медичного інструментарію, обладнання, приладів або пристроїв, що змінюють або корегують функції органів, а також їх підбір та використання;
		15. самолікування, а також захворювань та станів, що виникли внаслідок самостійного лікування;
		16. медичних послуг, в зв'язку з спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;
		17. медичних послуг, у випадках, які не є терміновими (не екстрені), що не погоджені з Асистуючою компанією;
		18. лікування та діагностику, що не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/;
		19. особливо небезпечних інфекцій згідно з перелікоом, наведеним у Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 (чума, холера, сибірська виразка та інші) у разі, якщо урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемічний стан з цієї інфекції (за виключенням ГРВІ та сезонного грипу);
		20. витрати на оплату медичних послуг (у тому числі вартість медикаментів), що пов’язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі/їх законним представникам під час заповнення декларації про стан здоров’я (при оформленні такої декларації на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Застрахованою особою/ їх законними представниками Страховик, та не зазначені в декларації про стан здоров’я;
		21. корекції зору, апаратної діагностики гостроти зору, у тому числі при комп’ютерному синдромі, глаукомі (окрім екстрених станів), міопії, апаратне лікування косоокості. Використання лазерних технологій лікування, в т.ч. профілактичної лазерної коагуляція сітківки ока;
		22. послуг пов‘язаних з трансплантацією, донорськими операціями, а також наслідками цих операцій;
		23. послуг та лікування в профілакторіях, санаторіях, реабілітацію;
		24. медичні послуги та медикаментозне лікування за одним страховим випадком, що перевищують 30 діб з дати настання страхового випадку;
		25. виклик до дому лікарів вузької спеціалізації; консультації (у т.ч. виклик до дому) професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку тощо, окрім важко диференційованих випадків.
	3. Страховик не оплачує медичні послуги, діагностику та лікування у разі наступних захворювань та розладів здоров‘я, якщо інше прямо не передбачено Програмою страхування:
		1. будь-які послуги, що пов'язані з безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням, контрацепцією (ВМС, стерилізація тощо), операцій по зміні статі; визначення гормонів репродуктивної панелі; проведення аборту без медичних показань; діагностика будь-яких порушень репродуктивної функції;
		2. новоутворення (доброякісні) D10 – D48, кістозні утворення, у т.ч. видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші) за винятком ускладнених, що загрожують життю людини (травмування, кровотечі);
		3. алергічні хвороби (вазомоторній риніт, алергічний риніт, дерматит в тому числі атопічний, кон‘юнктивіт тощо), окрім станів, що загрожують життю ЗО (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів, генералізована кропив’янка).
		4. дисгормональні стани (клімакс, аденома простати, ендометріоз, фіброміома, мастопатія, кісти яєчників, синдром виснажених яєчників, порушення менструального циклу, передменструальний синдром, гіперпролактінемії, овуляторний синдром, фіброаденома, ерозії та дисплазія, фонові чи передракові захворювання шийки матки, лейкоплакія тощо), окрім станів, що загрожують життю ЗО (наприклад розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо);
		5. простатит (окрім стаціонарного лікування гострого неспецифічного простатиту), еректильні та сексуальні дисфункції (імпотенція тощо);
		6. забезпечення тестами на виявлення вагітності, визначення гормонів вагітності, проведення ультразвукової діагностики на виявлення вагітності.
		7. інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та пов'язаних з ним захворювань, включаючи синдром набутого імунодефіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення, будь яких інших імунодефіцитних станів та хвороб імунної системи;
		8. алкоголізм, наркотична залежність, токсикоманія або інші стани залежності, будь-якого виду, а також лікування будь-яких захворювань чи травм, що безпосередньо чи опосередковано спричинені станом такої залежності, вживанням алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або які прямо чи опосередковано є наслідком алкогольного чи наркотичного сп’яніння;
		9. психічні захворювання, розлади та їх ускладнення F00-F99: в тому числі: психопатії, неврози, астено-депресивні стани, синдром хронічної втоми, епілепсія (окрім екстрених станів), мігрень, порушення (дефекти) мови, корекція психоемоційних станів. Травми та соматичні хвороби, що виникли у зв’язку з захворюваннями психічної природи;
		10. кардіоміопатії, хронічна серцева, печінкова, ниркова, венозна недостатність, варикозне розширення вен, окрім гострих станів (тромбофлебіт, тромбоз гемороїдального вузла);
		11. проведення косметичних, пластичних операцій або лікування їх наслідків;
		12. пересадка органів і тканин ЗО (окрім пересадки тканин, як етап лікування травматичного ушкодження);
		13. ожиріння; вроджені вади, аномалії розвитку, генетичні, спадкові хвороби (у т.ч. з порушенням хромосомного набору); Захворювання та стани, що пов’язані з пологовою травмою, ДЦП, розлади церебрального статусу та м’язового тонусу у новонароджених, генетичні дослідження незалежно від діагнозу;
		14. хвороба Крона, саркоїдоз та муковісцедоз, інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.) та інших органів;
		15. аутоімунні, демієлінізуючі та системні хвороби з’єднувальної тканини (ревматизм, ДОА, ревматоїдний артрит, подагра тощо) та їх наслідки. Хвороби суглобів кінцівок та їх наслідки (артрози, дегенеративні захворювання, нестабільності суглобів тощо), проведення планового лікування (в т.ч. оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст (терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об’ємі, що необхідний для ліквідації запалення);
		16. хребцева кила, спондилоартроз, спонділолістез, остеохондроз, вікові та хронічні дегенеративно-дистофічні зміни, хвороби та їх ускладнення (катаракта, атеросклероз, енцефалопатія, глаукома тощо);
		17. мікози та дерматологічні хвороби (псоріаз, нейродерміт, екзема, дерматит, вугрова хвороба, мозолі, бородавки, папіломи, алопеція, контагіозний молюск, демодекоз, паразитарні хвороби шкіри тощо);
		18. функціональні розлади (дискінезія жовчовивідних шляхів, СРК, дисбактеріоз кишківника, дизбіоз піхви, спазм акомодації, амбліопія, період прорізування зубів та інші);
		19. вегето - судинна (нейро-церкуляторна) дистонія, за винятком кризу (під лікуванням кризу розуміють надання невідкладної медичної допомоги, спрямованої на нівелювання його симптомів).
		20. Страховик не оплачує вартість:
		21. стимуляторів загальної дії, біологічно активних добавок (БАДів) та харчових добавок (домішок) ензимів загальної дії (вобензим, серата тощо), гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статинів, крім випадків захворювання гострим інфарктом міокарду протягом 30 днів), простагландинів, хондропротекторів, гепатопротекторів, пробіотиків, пребіотиків, еубіотиків, імуномодуляторів та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему, бактеріофагів, біфосфонатів, тіофосфатів, стимуляторів тканинного обміну, препаратів урсо(хено)дезоксіхолієвої к-ти (урсофальк, салофальк тощо), агонистів та антагоністів гонадотропін-релізінг гормонів, гормональних спіралей типу „Мірена”;
		22. снодійних та седативних препаратів, антидепресантів, транквілізаторів, нооторопних препаратів, метаболіків (актовегін, тівортін тощо), адапотогенів, препаратів полівітамінів і вітамінно-мінеральних комплексів, сироваток, антитіл, антигенів, сольових розчинів для зрошення слизових оболонок, препаратів, що сприяють розчиненню конкрементів, чи запобігають їх утворенню (крім призначення в умовах екстреного стаціонарного лікування), косметологічні препарати та процедури, профілактичне призначення медикаментів (протигрибкових, гастро та кардіопротекторів тощо);
		23. матеріалів для алло - і ксенопластики, дезінфікуючих засобів (окрім засобів для дезінфекції рук та ран), багаторазових медичних інструментів та медичного приладдя для оперативного лікування, предметів гігієни та догляду;
		24. виробів медичного призначення;
		25. стрептокінази та стрептодорнази за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановленя діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу);
		26. двох і більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет-представництва Міністерства охорони здоров’я України за веб-адресою http://mozdocs.kiev.ua, крім випадків, коли один препарат має місцеву, а другий – загальну дію. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;
		27. медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України або що не мають реєстрації на території України.
	4. Страховик не сплачує вартість таких медичних послуг, якщо інше прямо не передбачено обраною Програмою страхування:
		1. вакцинацій;
		2. протезування (у т.ч. ендопротезування), імплантацій;
		3. наданих з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення тощо), крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо);
		4. витрат та послуг, не передбачених цим Договором та Програмою страхування;
		5. будь-яких операцій чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності цього Договору, а також операції, які встановлені в плановому порядку;
		6. лікування захворювань, травм, набутих в результаті професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань), або заняття екстремальними видами спорту (альпінізм, катання на лижах, ковзанах тощо);
		7. звичайних планових (профілактичних) обстежень (оглядів), якщо немає ніякого погіршення здоров'я, включаючи діагностику;
		8. послуги пов'язані з вагітністю, пологами чи народженням дитини;
		9. штучне запліднення, стерилізація, контрацепція, проведення тестів на вагітність, проведення аборту, придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності ( в тому числі гормональних спіралей);
		10. вагітність в результаті екстра корпоративного запліднення;
		11. альтернативної медицини (голкорефлексотерапія, мануальної терапії, гіпнозу психотерапії, іридодіагностики, біокорекції, рефлексотерапії, кінезотерапії, гірудотерапії тощо), озонотерапія (в т.ч. у стоматології), УФО; лазерні технології (в т.ч. у стоматології), барокамери; гомеопатичного та фітотерапевтичного лікування, антигомотоксична терапія, ударно-хвильова терапія, механотерапія, підводні тракції, екстракорпоральні методи лікування та реабілітації тощо;
		12. оздоровчих процедур (відвідування басейну, масаж, SPA тощо) та фізіотерапевтичних процедур; послуг (у т.ч. медикаментів), пов’язаних з поліпрагмазією, гіпердіагностикою, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями;
		13. злоякісних новоутворень (в т.ч. раку) незалежно від їх місця знаходження (окрім випадків первинної діагностики), також онкологічних захворювань крові;
		14. діагностика та лікування хвороб крові (окрім анемії ІІІ ст.);
		15. діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань та інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ, у т.ч, гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз (баквагіноз), цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів, ToRCH-інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус Епштейн-Барра, герпетичних інфекцій будь- якого виду та локалізації (окрім однієї (першої) доби в невідкладних стаціонарних випадках). Перераховані виключення не поширюються на випадки класичних «дитячих інфекцій» з відповідною клінічною картиною;
		16. лікування запальних захворювань сечостатевих органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, до моменту пред’явлення висновку лікуючого лікаря про проведене лікування таких захворювань та негативні результати відповідних лабораторних досліджень;
		17. діагностику та лікування гепатитів (крім гепатиту А), гепатозу, стеатозу, цирозу;
		18. видалення, промивання сірних пробок;
		19. ортодонтію (в т.ч. брекет-системи, трейнери, капи); суцільнокерамічне протезування; шинування зубного ряду; інкрустація, застосування дорогоцінних металів; лікування пародонтозу/парадонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії договору страхування; зняття м’яких зубних відкладень, відбілювання зубів, профілактичні стоматологічні заходи (покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, зняття зубних відкладень з профілактичною метою, лікування гіперестезії емалі, зубні пасти тощо), ортопантограма, Вектор-терапія;
		20. медичне транспортування ЗО з інших міст України до Києва або до медичного закладу в межах України, послуги таксі, транспортні витрати за межами 30км зони від міста виїзду лікаря або швидкої допомоги;
		21. діагностика та лікування захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та захворювань в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації), персистуючих інфекцій, професійних захворювань;
		22. консультацій нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, гомеопата, логопеда;
		23. лікування (у т.ч. хірургічне, апаратне, медикаментозне, лазерне) короткозорості, далекозорості, астигматизму, астенопії, косоокості, халязіону, синдрому «сухого ока», патології ока, що потребує застосування штучної сльози; інших порушень функцій зору (крім випадків запалення), окуляри, лінзи, застосування тренажерів;
		24. діагностику та лікування порушень обмінних процесів (включаючи ліпідограму (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрія, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограма, дослідження на гормони (більше чотирьох гормонів на рік); системну імунотерапія тощо;
		25. діагностику захворювань методами ПЦР, в тому числі дослідження на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, тредміл-тестів, проби Манту.
		26. діагностику та лікування, що проходить після закінчення строку дії цього Договору, крім випадків, коли невідкладне стаціонарне лікування розпочато в період дії цього Договору страхування та Страховик відшкодовує ЛПУ витрати на стаціонарне лікування не більше ніж за 10 днів після закінчення дії цього Договору страхування;
		27. медичні та інші послуги (в тому числі стоматологічні послуги, медикаменти, планове стаціонарне лікування), які призначені протягом строку дії Договору страхування, але отримані після його закінчення.
		28. витрати та послуги, не передбачені цим Договором та Програмою страхування.
		29. витрати на оплату медичних послуг (у тому числі вартість медикаментів), що пов’язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі/їх законним представникам під час заповнення Декларації про стан здоров’я (при оформленні такої декларації на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Застрахованою особою/ їх законними представниками Страховик, та не зазначені в Декларації про стан здоров’я;
		30. хронічні захворювання ЗО, які вказані в Декларації про стан здоров’я.
5. Права та обов’язки Сторін. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору
	1. Страхувальник (ЗО) має право:
		1. вимагати виконання Страховиком умов цього Договору;
		2. на внесення змін або доповнень до умов Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
		3. за згодою Страховика розширити перелік обраних страхових ризиків або підвищити розмір страхової суми (зміни Програми страхування) шляхом внесення змін до цього Договору, сплативши при цьому додатковий страховий платіж;
		4. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
		5. на отримання дублікату Договору, або частини Договору, у разі втрати оригіналу, при цьому оригінал втрачає свою юридичну силу;
		6. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
		7. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;
		8. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному у Програмі страхування;
		9. вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхових виплат та організації надання медичної допомоги (послуг), передбачених Договором у відповідності до його умов;
		10. ЗО має право отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов отримання медичної допомоги (послуг).
	2. Страхувальник (ЗО) зобов’язаний:
		1. своєчасно вносити страхові платежі в обсягах та в строки, що обумовлені цим Договором;
		2. уважно ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та даним Договором;
		3. надавати Страховику дані, необхідні для укладання Договору та пов’язані з його дією;
		4. при укладанні Договору (або додаткових угод при включенні нових ЗО)надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо), і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику протягом 5 (п’яти) календарних днів з дати, коли Страхувальнику (ЗО) стало відомо про зміну ступеню ризику;
		5. в разі зміни ступеню страхового ризику, Страхувальник зобов’язаний укласти зі Страховиком Додаткову угоду, з врахуванням ступеню ризику, та сплатити додатковий страховий платіж;
		6. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні Договори добровільного медичного страхування;
		7. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
		8. сповіщати Страховика протягом строку дії Договору про зміни прізвищ, адрес та інших необхідних даних, що стосуються ЗО до першого числа наступного місяця;
		9. повідомити ЗО про укладення цього Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дня набуття ним чинності та ознайомити їх зі змістом цього Договору;
		10. забезпечити, за вимогою Страховика, проходження попереднього медичного огляду у вказаному Страховиком медичному закладі (або довіреного лікаря Страховика);
		11. забезпечити, за вимогою Страховика, заповнення Заяви -Анкети (Декларації про стан здоров’я) встановленого Страховиком зразку;
		12. правдиво відповідати на питання, викладені в Заяви -Анкети (Декларації про стан Здоров’я);
		13. дотримуватися правил розпорядку й режиму роботи лікувальних установ;
		14. піклуватися про збереження Картки ЗО і не передавати її іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;
		15. виконувати всі рекомендації лікаря Страховика або співробітника Медичного асистансу Страховика (у тому числі щодо лікувально-профілактичного закладу, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку, встановленого в лікувальному закладі, а також дотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров’я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров’я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат, здійснених внаслідок такого випадку, та додаткових витрат, пов’язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;
		16. у разі самостійного звернення у медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту такого звернення, інформувати про це Асистуючу компанію Страховика за телефонами, які указані у Картці ЗО. Якщо Страхувальник (ЗО) не мав можливості повідомити Страховика про страховий випадок з об’єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), то після припинення цих обставин зобов’язаний повідомити Асистуючу компанію Страховика протягом 1 (одного) робочого дня.
		17. у випадку неможливості з’явитись на призначений прийом (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста та інше), Страхувальник (ЗО) зобов’язаний негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше ніж за 4 години до призначеного прийому, попередити Асистуючу компанію Страховика про скасування призначеного прийому (огляду, консультації, медичної маніпуляції, візиту до вузькопрофільного спеціаліста та інше). У випадку, якщо Страхувальник (ЗО) не попередив, без поважних причин, завчасно про відмову (неможливість) з'явитись на призначений прийом до медичного закладу, Страховик залишає за собою право відмовити у сплаті медичних послуг, наданих за наступним зверненням Страхувальника (ЗО) за медичною допомогою;
		18. повідомити Страховика про випадок, який може бути визнано страховим випадком, у строк, передбачений цим Договором.
		19. при неправдивому виклику або у випадку відсутності на місці ЗО при виклику лікаря або Швидкої допомоги, ЗО сплачує самостійно дані послуги.
		20. у випадку надання неправдивої інформації при організації медичних послуг або заповненні Декларації про стан здоров’я, ЗО самостійно сплачує послуги;
		21. у разі потреби одержання медичних послуг у лікувальному закладі, не передбаченому Договором, узгодити це із представником Страховика до одержання таких послуг;
		22. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;
		23. дотримуватись умов цього Договору.
	3. **Страховик має право:**
		1. перевіряти надану Страхувальником (ЗО) інформацію в Заяві – Анкеті, при укладанні цього Договору, щодо стану його здоров’я;
		2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;
		3. відстрочити прийняття рішення щодо страхової виплати в разі порушення кримінальної справи за фактом подій, що призвели до страхового випадку із Страхувальником (ЗО), до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами, повідомивши про це Страхувальника (ЗО) протягом 5 (п'яти) робочих днів, але не більше ніж на строк 6 місяців;
		4. протягом 3 (трьох) років з дня здійснення страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України;
		5. перевіряти надану інформацію Страхувальником (ЗО) та вимагати для уточнення діагнозу додаткові медичні документи, а також направити Страхувальника (ЗО) до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров’я;
		6. відмовити у страховій виплаті у випадках визначених цим Договором;
		7. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати/виплаті страхового відшкодування або її частини, якщо Страхувальником (ЗО) були отримані медичні послуги, які не передбачені цим Договором та Програмою страхування, або Страхувальником (ЗО) були отримані медичні послуги у закладах охорони здоров’я, не передбачених цим Договором без попереднього погодження із Асистуючою компанією Страховика.
		8. відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник (ЗО) указала відомості, які впливають на оцінку ризиків, щодо страхування здоров'я Страхувальника(ЗО) в Заяві -Анкеті (Декларації про стан здоров`я), що не відповідають дійсності.
		9. У разі ліквідації лікувального закладу як юридичної особи, зміни форми власності чи назви, або при невиконанні з боку медичного закладу умов договору між Страховиком та медичним закладом щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам чи при виявлені фактів шахрайства з боку медичного закладу, Страховик має право, змінювати перелік та клас лікувальних закладів Додаток №2 (Перелік медичних закладів) (якщо він передбачений цим Договором) без повідомлення Страхувальника, а при значній зміні цін (більше ніж на 15% в порівнянні з цінами на момент укладання цього Договору) на послуги в лікувальному закладі, змінювати клас лікувальних закладів або виключати із списку закладів за Програмою страхування або, за погодженням зі Страхувальником, встановлювати обмеження (франшизи) на послуги такого закладу. За запитом Страхувальника, Страховиком надається обґрунтування зміни класу лікувального закладу та актуальний Перелік медичних закладів;
		10. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.
		11. контролювати діагностику та лікування ЗО, щодо їх відповідності клінічним Протоколам та Стандартам надання медичної допомоги МОЗ, що базуються на принципах Доказової медицини;
		12. Якщо, відповідно до даних Державної служби статистики України ([http://index.minfin.com.ua](http://index.minfin.com.ua/)), добуток Базових індексів споживчих цін по Україні в категорії «Охорона здоров’я» до попереднього місяця за перший місяць дії Договору та за кожний наступний місяць дії Договору перевищить показник 110%, Страховик має право на зміни умов Договору, а саме: розширення переліку виключень, зменшення переліку медичних закладів, медичних препаратів або рівня їх покриття тощо та/або шляхом внесення інших змін в умови Договору (наприклад, пропорційне збільшення страхової премії). Досягнуті домовленості вступають в дію з дати укладення відповідної Додаткової Угоди до цього Договору. У разі не підписання Додаткової Угоди протягом 10 робочих днів, з дати офіційного звернення Страховика, Договір вважається достроково припиненим за згодою Сторін при виконанні наступної умови: рівень фактичних та заявлених виплат за надані послуги Застрахованим особам дорівнює або перевищує оплачену страхову премію з урахуванням нормативних витрат на ведення справи. Під поняттям рівень фактичних виплат Сторони розуміють загальну сукупність здійснених Страховиком страхових відшкодувань. Під поняттям рівень заявлених виплат Сторони розуміють загальну суму вимог до Страховика, щодо якої не прийнято рішення та не здійснено страхове відшкодування
		13. відмовити у страховій виплаті у випадках невиконання Страхувальником (ЗО) обов’язків, передбачених підпунктами , , цього Договору та/або за наявності підстав, вказаних у п. цього Договору;
	4. **Страховик зобов’язаний:**
		1. ознайомити Страхувальника (ЗО) з умовами Договору та Правилами страхування;
		2. протягом 7 (семи) робочих днів після набрання чинності Договору, видати Страхувальнику для ЗО Картки ЗО, де вказано номер індивідуальної Картки ЗО, номери телефонів для звернення;
		3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
		4. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;
		5. не розголошувати відомості про Страхувальника, ЗО, щодо стану його здоров’я, за винятком випадків, передбачених законодавством України.
		6. за заявою Страхувальника(ЗО), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страховий ризик, переукласти з ним Договір або укласти Додаткову угоду з врахуванням зміни ступеню страхового ризику;
		7. у випадку звернення Страхувальника (ЗО) з приводу втрати примірника Договору протягом терміну його дії оформити та видати дублікат втраченого документу;
		8. за заявою Страхувальника надати йому (надіслати ел.поштою) актуальний Перелік медичних закладів;
		9. у випадках звернення ЗО з приводу втрати Картки ЗО, оформити та видати дублікат Картки ЗО.
	5. **Відповідальність сторін:**
		1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
		2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (ЗО) пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.
		3. Страхувальник несе майнову відповідальність за порушення строків сплати страхового платежу, шляхом сплати Страховику пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від розміру чергового страхового платежу, строк сплати якого настав, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.
6. **Дії ЗО у разі настання страхового випадку. Порядок та умови організації медичної допомоги. Порядок та умови здійснення страхової виплати. Причини відмови у страховій виплаті**
	1. **Дії ЗО у разі настання випадку, що може бути визнаний страховим.**
		1. При настанні страхового випадку ЗО зобов’язана негайно зателефонувати до Асистуючої компанії Страховика для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг. Таке звернення від імені ЗО може бути здійснено, членами сім'ї ЗО, колегами на роботі, знайомими або іншими особами (в залежності від стану здоров’я ЗО). При такому зверненні ЗО безкоштовно в межах залишку страхової суми отримає необхідну медичну допомогу, включаючи медикаменти, згідно з умовами та лімітами відповідальності передбачених обраною Програмою страхування.
		2. При зверненні до Асистуючої компанії Страховика ЗО має надати наступну інформацію (на вимогу лікаря – координатора):
			1. Прізвище, Ім’я, По-батькові ЗО;
			2. індивідуальний номер Картки ЗО;
			3. місце проживання ЗО;
			4. причину звернення (скарги, проблеми, що пов’язані із здоров’ям);
			5. адреса місцезнаходження ЗО; контактний телефон.
		3. Лікар-координатор Асистуючої компанії Страховика проводить ідентифікацію особистості ЗО та чинність Договору, надає медичні консультації, та, у разі необхідності, направляє Застраховану особу у базовий медичний заклад або відповідний заклад охорони здоров’я відповідно до Програми страхування та конкретного страхового випадку, організовує надання невідкладної медичної допомоги. Підбір медичного закладу відноситься до компетенції лікаря Асистуючої компанії Страховика за умови погодження останнього з Застрахованою особою. При цьому ЗО зобов’язана чітко виконувати всі інструкції Асистуючої компанії Страховика. Застрахована особа зобов’язана пред’явити в медичному закладі документ, що посвідчує особу (з фотографією) та страховий поліс (картку);
		4. Заявку на отримання планової медичної допомоги (планові  обстеження та консультації), Застрахована особа повинна надати лікарю Асистуючої компанії Страховика по телефону 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 медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 1 (одного) календарного дня з моменту звернення.
		5. Заявку на отримання виклику лікаря до дому (або в офіс) Застрахована особа, що за станом здоров’я не в змозі самостійно відвідати лікаря, повинна надати лікарю Асистуючої компанії Страховика по телефону до 14.00 (у разі звернення після 14.00 - лікар має право відвідати пацієнта на наступний день). Лікар Страховика організовує виклик лікаря додому (або в офіс) та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 2 (двох) годин з моменту звернення.
		6. 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 у відповідності до стандартів та протоколів МОЗ України. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організовуються виключно при гострих станах, при цьому вибір ЛПУ належить до компетенції Страховика за умови погодження з Застрахованою особою;
		7. 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.
		8. При призначенні лікарем ЛПУ з переліку Страховика медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому медичному закладі, Застрахована особа телефонує до лікаря Страховика за телефонами, зазначеними в страховому полісі (картці), та за його направленням відвідує визначений лікарем інший консультативно-діагностичний медичний заклад, згідно з Програмою страхування Застрахованої особи та конкретним страховим випадком.
		9. Обслуговування ЗО при підозрі на алкогольне сп'яніння при травмах, набутих внаслідок ДТП, побутових сутичок тощо проводиться лише при наданні на вимогу лікаря-координатора асистансу Довідки про відсутність у крові або сечі алкоголю та продуктів його метаболізму (окрім станів, що загрожують життю ЗО);
		10. ЗО може отримати послуги в іншому (не зазначеному в Переліку медичних закладів) медичному закладі, за умови попереднього погодження з Асистуючою компанією Страховика.
		11. У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, при яких лікування не може бути здійснено у ЛПУ, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб, тощо), Страховик сприяє у направленні Застрахованої особи у спеціалізовані ЛПУ.
		12. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, медичним закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу (послуги) ЗО в рамках вибраної Програми страхування та за умови виконання умов цього Договору ЗО;
		13. Якщо в Програмі страхування не передбачено покриття послуг провідних фахівців (головних лікарів, к.м.н, д.м.н тощо) Страховик може гарантувати лише покриття/відшкодування вартості послуг звичайного фахівця, а ЗО повинна самостійно доплатити за різницю вартості послуг між звичайними фахівцями та провідними (окрім складних випадки, що потребують залучення висококваліфікованих провідних фахівців для диференційної діагностики у відповідності до Протоколів та стандартів МОЗ України).
		14. Організація медикаментозного забезпечення організовується лікарем Страховика протягом 1-12 годин з моменту звернення згідно з графіком та умовами роботи аптек та наявності такої можливості в регіоні.
		15. Стоматологічна допомога організовується лікарем Страховика протягом 1 (одного) робочого дня – планова та протягом 1 (однієї) години - невідкладна.
		16. Стаціонарна допомога організовується лікарем Страховика протягом 1 (одного) робочого дня – планова та протягом 1 (однієї) години – невідкладна, при наявності вільних місць та ЛПУ відповідного профілю у місті перебування ЗО. При відсутності вільних місць та ЛПУ відповідного профілю у місті перебування ЗО, невідкладна стаціонарна допомога здійснюється у найближчу ЛПУ, де Застрахованій особі буде надана екстрена медична допомога за життєвими показами з подальшим переведенням при необхідності в ЛПУ відповідного профілю.
		17. Організація послуг екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюється в максимально швидкий термін. Послуги екстреної (швидкої) медичної допомоги надаються переважно державними медичними закладами.
		18. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.
		19. Організація послуг з Корпоративного ліміту (якщо такий ліміт передбачено Програмою страхування) здійснюється за письмовим погодженням зі Страхувальником.

Порядок використання Корпоративного ліміту наступний:

* 1. Для ЗО, Програма страхування яких належить до категорії VIP (Еліт, ТОП, відмічених при укладанні цього Договору як «особливі» тощо) та очікувана сума витрат не перевищує одну тисячу грн. лікар – координатор Асистуючої компанії самостійно приймає рішення про використання корпоративного ліміту та інформує про таке використання особу Страхувальника, відповідальну за використання Корпоративного ліміту (П.І.Б…..name@name.ua) протягом одного робочого дня шляхом відправлення електронного листа в якому вказує 1) суму таких витрат 2) ПІБ ЗО, 3) п.п. Договору, відповідно до якого лікар координатор Асистуючої компанії мав озвучити відмову.
	2. Лікар–координатор Асистуючої компанії інформує ЗО про відмову та п.п. Договору відповідно до якого Страховик відмовляє у наданні певних послуг, та просить дозвіл на розголошення інформації про діагноз особі Страхувальника, відповідальній за використання ліміту.
	3. У випадку отримання згоди на розголошення, лікар-координатор Асистуючої компанії інформує особу Страхувальника, відповідальну за використання Корпоративного ліміту шляхом відправлення електронного листа в якому вказує 1) ПІБ ЗО, 2) Діагноз 3) перелік заходів (препаратів/інструментів тощо), 4) п.п. Договору, відповідно до якого лікар мав озвучити відмову, 5) очікувану суму витрат.
	4. Дозволом на використання Корпоративного ліміту вважається відповідь особи Страхувальника, відповідальної за використання Корпоративного ліміту, надіслана електронною поштою.
	5. У випадках, коли очікувана сума витрат перевищує 5000 (п’ять тисяч) грн., особа Страхувальника, відповідальна за використання Корпоративного ліміту зобов’язана продублювати таку згоду офіційним листом протягом 5 робочих днів.
	6. **Обслуговування ЗО у випадку відшкодування Страховиком медичних витрат ЗО (за попереднім узгодженням медичних втрат з Асистуючою компанією Страховика).**
		1. У виключних випадках, при одержанні ЗО медичних та інших послуг, передбачених Договором, в закладах, не передбачених цим Договором та здійснення оплати за ці послуги (придбання медикаментів, оплата діагностичних обстежень тощо за свій рахунок), але при умові, що це було попередньо узгоджено із Асистуючою компанією Страховика, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо ЗО.
		2. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт необхідності отриманих медичних послуг Страхувальником (ЗО) та їх вартість.
		3. **Для отримання страхової виплати** ЗО зобов’язана надати (або надіслати) наступні документи:
			1. Заяву на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком;
			2. Копію паспорта громадянина України(1, 2, 11 сторінки) або документ, який посвідчує особу;
			3. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера.
		4. Додатково до документів, зазначених у пп. додається:
			1. **Для відшкодування вартості медикаментів:**
1. *копія виписки* з історії хвороби або виписного епікризу, де вказується діагноз, термін лікування, перелік медикаментів, дозування та їх кількість. Документи повинні бути завірені штампом і печаткою лікувальної установи, підписом лікаря (та його печаткою) та/або завідувача відділенням;
2. *при амбулаторному лікуванні* – копія виписки з амбулаторної карти або довідки, що завірені лікувальною установою, рецепти (вимоги) на медикаменти, оформлені у встановленому порядку.
3. *аптечні фіскальні чеки* (у разі відсутності в фіскальному чеку назви конкретного лікарського препарату до фіскального чеку має надаватись товарний чек із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та прізвища Застрахованої особи, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою аптечного закладу), товарні чеки на медикаменти із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та прізвища Застрахованої особи, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою аптечного закладу (якщо медикаменти придбані у ФОП). Дата видачі товарного і фіскального чека повинні збігатися.
4. *копія установчих документів, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», що розміщений на сайті Страхова компанія «Перша» за лінком https://persha (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи).*
	* + 1. **Для відшкодування вартості медичних послуг:**
5. *копія медичного висновку* про призначення медичних послуг (консультативний висновок, виписку із амбулаторної карти тощо) оформлені належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою лікувальної установи;
6. *фіскальні чеки* або прибуткові касові ордери, розрахункові квитанції з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;
7. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);
8. *акт виконаних робіт*;
	* + 1. **Для відшкодування вартості діагностичних обстежень:**
9. *копія направлення* *лікаря* на даний вид діагностичних обстежень;
10. *фіскальний чек* (прибутковий касовий ордер, розрахункова квитанція) з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;
11. *копія результатів обстеження* або лікування;
12. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);
13. *акт виконаних робіт*;
	* + 1. **Для відшкодування вартості оздоровчих послуг:**
			2. *фіскальні чеки* або прибуткові касові ордери, розрахункові квитанції з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;
			3. *акт виконаних* робіт/отриманих послуг;
			4. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);
			5. **Для відшкодування коштів по факту пологів:** копія медичного *свідоцтва про народження*, або копія свідоцтва про народження дитини, або копія виписки з пологового будинку про настання факту пологів (при народженні мертвої дитини);
			6. **Для відшкодування вартості стоматологічних послуг:**
			7. *копія консультативного висновку лікаря*, завіреного печаткою та підписом та відповідного *Акту виконаних робіт*;
			8. *фіскальні чеки* або прибуткові касові ордери, розрахункові квитанції з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;
			9. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватних стоматологічних клініках які відсутні у «Переліку ЛПУ», (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);
			10. *копія прейскуранту вартості цін*, якщо послуги отримані в приватній стоматологічній клініці з якою у Страховика відсутні договірні відносини.
		1. Документи, зазначені у пп. - Договору, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Платіжні документи, що підтверджують оплату наданих послуг або медикаментів (фіскальний чек, квитанція, прибутковий касовий ордер) завжди надаються у вигляді оригіналів;
		2. Якщо зазначені у п. Договору документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.
		3. Страхувальник (ЗО) має право надавати Страховику додатково інші документальні підтвердження щодо настання події, яка може бути визнана страховим випадком.
		4. В окремих випадках Страховик має право мотивовано вимагати надання інших документів, не зазначених у пп. - Договору, якщо на підставі наявних доказів неможливо, зробити висновок про право отримання страхової виплати одержувачем, зокрема, про факт настання страхового випадку, обсяг шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров’я Страхувальника (ЗО).
		5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направляти Страхувальника (ЗО) до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану здоров’я Страхувальника (ЗО).
		6. У випадку самостійної оплати за медичні послуги ЗО має подати заяву на отримання страхової виплати у термін до 30 (тридцяти) календарних днів після отримання медичних послуг. У разі перевищення цього терміну, Страховик має право відмовити у страховій виплаті або відшкодувати її (частково або повною мірою).
		7. Після кожної страхової виплати відповідна страхова сума або ліміт відповідальності (якщо такий передбачений щодо послуг, за якими була здійснена виплата) зменшується на суму такої виплати;
		8. в особливих випадках по подіях, передбачених в розділі п. цього Договору, рішення про оплату лікування приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків медичних закладів.
		9. **До документів, за якими не може бути здійснене страхове відшкодування, відносяться:**
14. замовлення на доставку ліків,
15. замовлення на надання медичної допомоги,
16. -рахунки-фактури лікувально-профілактичних закладів без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;
17. документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;
18. квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;
19. товарні чеки від приватних підприємців (СПД, ПП) без номера, підпису приватного підприємця, печатки (за наявності останньої);
20. фінансові документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній;
21. копії фінансових документів;
22. квитанції про сплату благодійних внесків;
	* 1. При виникненні питань відносно відшкодування ЗО можете звернутись за електронною адресою office@persha.ua.
	1. **Рішення Страховика щодо страхової виплати:**
		1. Рішення про страхову виплату, приймається Страховиком протягом 15 (п’ятнадцяти) календарних днів після отримання останнього документу та оформлюється страховим актом. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п’ятнадцяти) календарних днів після отримання останнього документу.
		2. Страховик здійснює страхову виплату, протягом 15 (п’ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення про страхову виплату, за такими можливими варіантами:
			1. Медичним закладам, що надали ЗО послуги, передбачені Договором, в разі обслуговування Договору Асистуючою компанією Страховика;
			2. ЗО (або її законному представнику) на підставі його письмової заяви про здійснення страхової виплати. Страховик здійснює страхову виплату шляхом переказу коштів на банківський розрахунковий рахунок або через систему Аваль-експрес. Про переказ коштів ЗО повідомляється за допомогою SMS-повідомлення.
		3. При прийнятті рішення Страховиком про відмову у страховій виплаті ЗО, Страховик протягом 10 (десяти) календарних днів письмово повідомляє про це ЗО з обґрунтуванням причин відмови.
		4. Розмір страхової виплати визначається виходячи з розміру фактичних витрат ЗО, попередньо погоджених з Асистуючою компанією Страховика (відповідно до послуг, лімітів відповідальності та категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування), але не більше ніж вартість таких послуг у розрахункових медичних закладах, якщо інше не зазначено в Програмі страхування (крім випадків, коли ЗО не мала змоги звернутись за медичною допомогою в лікувальний заклад рівня, обумовленого Програмою страхування, з причини відсутності такого у регіоні, де були надані медичні послуги, або з причини відсутності таких послуг в БМЗ чи відмови таким лікувальним закладом в наданні медичної допомоги).
		5. Загальна сума виплат по Страхувальнику (ЗО) за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої за цим Договором на одну ЗО.
		6. Якщо за фактами, які спричинили настання страхового випадку, порушена кримінальна справа або справа розглядається судом, прийняття рішення про страхову виплату може бути відстрочене до закінчення розслідування, судового розгляду, але на строк не більше 6 місяців.
		7. Страхові виплати здійснюються з врахуванням податків та зборів передбачених чинним законодавством України на момент здійснення страхової виплати.
		8. Здійснення страхових виплат проводиться тільки в національній валюті України.
	2. **Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:**
		1. навмисні дії Страхувальника (ЗО), на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (ЗО) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
		2. вчинення Страхувальником (ЗО) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
		3. настання подій, які не можуть бути визнані страховими випадками згідно з умовами цього Договору;
		4. ненадання Страховику документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;
		5. подання Страхувальником (ЗО) свідомо неправдивих відомостей про Страхувальника (ЗО) (стан здоров’я, рід занять, ступінь ризику) або про факт та причини настання страхового випадку;
		6. неузгодження дій Страхувальника (ЗО) щодо страхового випадку (звернення та/або лікування в медичних установах) без узгодження з лікарем Асистуючої компанії Страховика;
		7. невиконання вказівок Асистуючої компанії Страховика, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. з урахуванням вимог п. , пп. - цього Договору;
		8. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (ЗО) про настання страхового випадку та/або невиконання вказівок лікаря Асистуючою компанії Страховика, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. невиконання пп. 16.2.13– 16.2.14 та пп.17.1– 17.2 цього Договору;
		9. подання документів на виплату ЗО, у разі самостійної сплати медичних послуг ЗО (п.17.2.10) в строк, що перевищує 60 (шістдесят) календарних діб з дати отримання таких послуг з приводу стаціонарного лікування, та 30 (тридцять) календарних діб у всіх інших випадках;
		10. настання страхового випадку після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика відповідно до п.п. 16.2.4-16.2.5. цього Договору;
		11. належність ЗО до осіб перелічених у п. 15.1 цього Договору.
		12. інші підстави, передбачені законодавством України.
23. **Порядок зміни і припинення дії Договору**
	1. Всі зміни до цього Договору Сторони вносять за згодою сторін та оформлюються у письмовій формі у вигляді Додаткової угоди до цього Договору, яка є його невід’ємною частиною. Зміни у Переліку медичних закладів-(Додаток №2 (якщо він передбачений цим Договором), вносяться Страховиком в односторонньому порядку без згоди Страхувальника, про що повідомляється Страхувальнику/Застрахованій особі під час одержання нею послуг Страховика. На вимогу Страхувальника Страховик направляє Перелік медичних закладів (додаток №2 до цього Договору) з урахуванням змін.
	2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до запропонованого терміну внесення змін.
	3. Перехід, за бажанням Застрахованої особи, із однієї Програми до іншої здійснюється виключно протягом першого місяця дії Договору страхування за умови відсутності страхових виплат, та заявлених страхових випадків зі сплатою повної суми різниці вартості програм страхування. У разі якщо страхові випадки були, рішення про можливість та умови зміни програми приймається Страховиком в індивідуальному порядку. Зміна Програми страхування можлива один раз на строк дії Договору по відношенню до однієї Застрахованої особи.
	4. Збільшення кількості застрахованих осіб під час дії цього Договору, можливе лише за згодою Страховика та на його умовах. У випадку збільшення кількості ЗО, Страхувальник після внесення відповідних змін до Договору сплачує за нових ЗО страховий платіж, розмір якого перераховуються пропорційно кількості днів, що залишились до кінця дії цього Договору. Відповідно перераховуються всі ліміти, що передбачені Програмою страхування. Страхова сума при цьому залишається незмінною.
	5. Для нових ЗО Страховик видає Страхувальнику Картки ЗО.
	6. Заміна одної Застрахованої особи на іншу без сплати додаткового страхового платежу можлива, у разі якщо по застрахованій особі, що виключається зі списку не було фактичних або заявлених виплат та Програма страхування залишається без змін.
	7. У випадку зменшення кількості ЗО Сторони перераховують суму загального страхового платежу та відповідно перераховуються всі корпоративні ліміти, що передбачені Програмою страхування (Додаток №1 до цього Договору);
	8. У разі зменшення кількості ЗО (виключення ЗО зі списку) Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж, сплачений за страхування ЗО, що були виключені зі списку, за період, що залишився до кінця дії цього Договору щодо цих ЗО, з вирахуванням нормативу на ведення справи та страхових виплат (фактично сплачених та заявлених) здійснених по цим ЗО;
	9. У разі зміни Страхувальником ЗО за цим Договором (заміни одних ЗО іншими), страховий платіж, що підлягає поверненню Страхувальнику за осіб, що були виключені зі списку, може бути зарахований в рахунок сплати страхового платежу за ЗО, що були включені до списку.
	10. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім’ї ЗО (чоловік, дружина, діти) можливе лише протягом першого місяця від початку дії цього Договору страхування (або протягом першого місяця з дня страхування ЗО). Страховий платіж при цьому встановлюється річний відповідно до Програми страхування, передбаченої Договором страхування для ЗО, член сім’ї якого включається до переліку Застрахованих осіб.
	11. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім’ї ЗО (чоловік, дружина, діти) після першого місяця дії Договору страхування можливе для щойно одружених Застрахованих, за цим договором, новонароджених дітей у Застрахованих, за цим договором. В інших випадках включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім’ї ЗО (чоловік, дружина, діти) після першого місяця дії Договору страхування можливе лише за згодою Страховика на індивідуальних умовах та тарифах для фізичних осіб на підставі декларації про стан здоров’я члена родини ЗО, а у дітей до 1 (одного) року додатково згідно з консультативним висновком педіатра або копії виписки з пологового будинку. В разі виключення Застрахованої особи, зі Списків, його родичі також виключаються зі Списків в обов’язковому порядку.
	12. Заяви подаються при необхідності протягом поточного місяця. Заява надсилається не пізніше, ніж за 2 (два) робочих дні до дати запланованої зміни. Під час оформлення Заяви Страхувальник має право звернутися до Страховика з метою розрахунку страхових сум, страхових платежів, лімітів та страхових тарифів, якщо буде така необхідність. До укладення (оформлення) відповідних Додаткових угод, зобов’язання Сторін встановлюються та підтверджуються на підставі направлених/отриманих заяв в електронному вигляді з вищевказаних електронних адресів.
	13. Картка ЗО раніше видана ЗО, щодо якої припиняється дія Договору страхування, має бути повернута Страховику і після набуття чинності Додатковою угодою вважається анульованою і не може бути підставою для відшкодування вартості медичних послуг.
	14. Якщо Договір помилково був укладений представником Страховика на користь однієї з осіб зазначених у п. 15.1, то з моменту встановлення цього факту, Договір припиняє свою дію в частині зобов’язань щодо цієї ЗО, а страхові платежі внесенні за цю ЗО в повному обсязі повертаються Страхувальнику.
	15. Якщо Договір був укладений на користь однієї з осіб зазначених у п.20.1. цього Договору, та ця особа знала про стан свого здоров’я, але не сповістила Страховика, то цей Договір в частині зобов’язань Страховика щодо цієї ЗО, з моменту встановлення Страховиком приховання інформації ЗО щодо стану свого здоров’я або настання страхового випадку через стан здоров’я ЗО, вказаного у п.15.1 цього Договору, достроково припиняє свою дію за вимогою Страховика. Сплачені за Договором страхові платежі у таких випадках повертаються згідно із п. 18.21 цього Договору.
	16. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін в Договір, в 5-денний строк від дати одержання повідомлень про зміни вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.
	17. **Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:**
		1. закінчення строку дії Договору;
		2. виконання Страховиком зобов’язань перед Страхувальником (ЗО) у повному обсязі;
		3. несплати Страхувальником (ЗО) страхових платежів у встановлені цим Договором строки.
		4. смерті Страхувальника (ЗО) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
		5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
		6. прийняття судового рішення про визначення цого Договору недійсним;
		7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
	18. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов’язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії цього Договору.
	19. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі (також і у випадку одноразового внесення страхового платежу за весь рік страхування) за період, що залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення та фактично здійснених страхових виплат. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
	20. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, та фактично здійснених страхових виплат.
	21. У разі припинення дії цього Договору в зв'язку з виконанням Страховиком взятих на себе зобов'язань у повному обсязі, страхові внески не повертаються.
	22. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору.
	23. По відношенню до однієї ЗО дія Договору припиняється у випадку:
24. смерті ЗО;
25. виконання Страховиком зобов’язань перед ЗО в повному обсязі.
26. **Порядок вирішення спорів**
	1. Спори, що виникають за Договором, розв’язуються шляхом переговорів.
	2. Судовий захист прав та законних інтересів, які мають Сторони у зв’язку з цим Договором, в тому числі розгляд та вирішення спорів, які виникають при виконанні або припиненні цього Договору, включаючи спори про відшкодування завданих порушенням Договору збитків та недійсність (неукладеність) Договору, підлягають остаточному вирішенню у судовому порядку згідно чинного законодавства України.
27. **Інші умови**
	1. Взаємовідносини, що не врегульовані умовами цього Договору регламентуються Правилами та чинним законодавством України. У разі розбіжності тексту Правил з текстом цього Договору, перевагу має текст цього Договору.
	2. Якщо ЗО знаходиться на лікуванні у медичному закладі, куди він потрапив ще під час чинності дії цього Договору, а Договір припиняється через несплату страхових платежів Страховик припиняє оплату медичному закладу медичних послуг ЗО.
	3. Цей Договір укладений українською мовою у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожної із Сторін.
	4. Нормативні витрати на ведення справи складають 30%.
28. **ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ**
	1. На виконання вимог Закону України «Про  захист персональних даних» з укладанням цього Договору Страхувальник ( ЗО) надає свою згоду:
29. на обробку Страховиком його персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв’язку, а також здійснення пов’язаної з нею фінансово – господарської діяльності;
30. на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки  персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;
31. Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов’язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;
32. зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
33. реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України.
34. надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика,  передача персональних даних Страхувальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страхувальника.
	1. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.
	2. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору страхування йому була надана інформація, що зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз’яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

З Правилами Страхувальник (ЗО) ознайомлений та згоден.

|  |
| --- |
| 1. **Реквізити та підписи сторін**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **СТРАХОВИК****ПрАТ «СК «Перша»**Адреса: **03150, м. Київ, вул. Фізкультури, 30**п/р **26503056100126**в **ПАТ КБ "ПРИВАТБАНК"**МФО **380775**, ЄДРПОУ **31681672**Тел., факс **044-290-39-95**Е-mail **office@persha.kiev.ua** | **СТРАХУВАЛЬНИК**Адреса: п/р в МФО , ЄДРПОУ/ ІПН Тел., факс Е-mail  |
|  посада підпис П. І.Б.М.П. | З умовами та Правилами страхування ознайомлений посада підпис П. І.Б.М.П. |