

**ЗАТВЕРДЖУЮ:**



Голова Правління  
ПрАТ «СК «Євроінс Україна»

Ніколов Янко Георгієв

Наказ №103 від «28» липня 2020 р.

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(безперервного страхування здоров'я)  
(нова редакція)**

**КИЇВ – 2020**

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до чинного законодавства України та на підставі цих «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» (далі по тексту – Правила або Правила страхування) ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЄВРОІНС УКРАЇНА», скорочена назва: ПрАТ «СК «Євроінс Україна», далі по тексту - Страховик, укладає договори добровільного медичного страхування з юридичними особами або дієздатними фізичними особами у т.ч. фізичними особами-підприємцями, далі по тексту - Страхувальники.

1.2. Правила страхування розроблені відповідно до Закону України «Про страхування», інших законодавчих та нормативних актів, які регулюють відносини між Страховиком та Страхувальником (далі по тексту- Сторони), і визначають умови та порядок укладання договорів страхування.

1.3. Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

- оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я (лікувально-профілактичними закладами), до яких він (вона) звернувся під час дії Договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої цими Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;
- відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

1.4. Умови, що містяться в даних Правилах страхування, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою Сторін при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

## 2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Основні терміни та визначення, використані в Правилах страхування, застосовуються в наступному тлумаченні:

2.1. **Асистуюча компанія** – юридична особа або фізична особа-підприємець, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика, координувати дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування, організувати, контролювати, оплачувати вартість надання таких послуг та виконувати інші дії від імені та за дорученням Страховика.

2.2. **Здоров'я** – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад.

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

2.3. **Захворювання (хвороба)** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними

змiнами.

- 2.3.1. **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 такої хвороби раніше ніколи не проводилися за відсутності потреби у цьому.
- 2.3.2. **Гостре захворювання (гостра хвороба)** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
- 2.3.3. **Хронічне захворювання (хронічна хвороба)** – захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
- 2.3.4. **Загострення хронічного захворювання (хронічної хвороби)** – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.
- 2.4. **Декларація про стан здоров'я** – письмова заява, яка подається Застрахованою особою до укладення Договору страхування, містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення щодо укладення Договору страхування відносно такої Застрахованої особи.
- 2.5. **Договір страхування (далі- Договір, Договір страхування)** – це письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик приймає на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором страхування строки та виконувати інші умови Договору.
- 2.6. **Індивідуальна картка Застрахованої особи (далі- Картка)** – іменний документ, виготовлений у формі картки з пластику та інших матеріалів, котрий видається Застрахованій особі після укладення Договору страхування. Картка містить в собі інформаційний характер щодо укладеного Договору страхування (номер картки, строк дії, контактні номери телефонів, за якими необхідно звертатись за медичною допомогою, тощо). У деяких випадках Картка може носити обліковий характер та не підлягати випуску, якщо це обумовлено Договором.
- 2.7. **Копія документу** - точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника та/або Застрахованої особи, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На вимогу Страховика та у визначений ним термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими,

що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу.

**2.8. Лікувально-профілактичний заклад (далі по тексту «ЛПЗ»)** – заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації, що мають відповідну ліцензію на надання медико-санітарної допомоги або послуг медичного характеру, з якими у Асистуючої компанії Страховика укладені договірні відносини щодо надання медичних та/або профілактично-оздоровчих послуг Застрахованій особі.

**2.8.1. Базові ЛПЗ** – медичні заклади, які Сторони Договору (Страховик та Страхувальник) визначили пріоритетними при організації послуг Асистансом або при самостійному зверненні. Базові заклади можуть зазначатись як по окремій Опції так і загалом за Програмою страхування.

**2.8.2. Розрахункові ЛПЗ** – медичні заклади, за вартістю послуг в яких, відбувається страхова виплата Застрахованим особам, які отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком ЛПЗ Страховика/Асистансу. Розрахункові ЛПЗ можуть бути зафіксовані в Програмі страхування, або обираються Страховиком на власний розсуд з переліку ЛПЗ, передбачених Програмою страхування. Якщо вартість послуг більше за вартість послуг розрахункових ЛПЗ, компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється в розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічних послуг по класу базових ЛПЗ, передбачених Програмою страхування.

**2.8.3. Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань, ліміт страхової суми) Страховика** - сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. За згодою Сторін ліміти страхової суми можуть встановлюватись за окремим Договором страхування в цілому, за окремою Програмою страхування, за окремою Опцією, за окремими видами медичних послуг/медичної допомоги, за одним страховим випадком, за однією нозологією на одну Застраховану особу, по кожному та будь-якому страховому випадку, передбаченому Договором тощо.

**2.9. Медична (лікувально-профілактична) допомога, медико-санітарна допомога** – медична послуга чи комплекс медичних послуг, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, забезпечення профілактики захворювань, на ранню діагностику, лікування, реабілітацію та іншу допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

**2.10. Медичні заклади** - юридичні особи - суб'єкти господарської діяльності незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, а також фізичні особи, зареєстровані у встановленому законодавством порядку як суб'єкти підприємницької діяльності, які згідно з діючим законодавством мають право надавати медичну (консультативну, діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, фармацевтичну, санаторно-курортну) допомогу та послуги опікування.

**2.11. Медичні послуги** - послуги, що надаються з метою збереження та врятування життя, відновлення та поліпшення здоров'я людини, які є ідентифікованими елементами медичної допомоги (консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні, профілактичні процедури та ін.).

**2.12. Нещасний випадок** – будь-яка раптова, несподівана, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулась протягом строку дії Договору страхування та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я та/або до смерті Застрахованої особи.

**2.13. Нозологія** – вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що

характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

**2.14. Програма добровільного медичного страхування** (далі – Програма страхування) – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення, визначеного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно умов Договору страхування. Договір страхування, за бажанням Страхувальника, може включати одну або декілька Програм страхування, які, в свою чергу, містять індивідуально розроблений комплекс Опцій залежно від вимог та побажань Страхувальника та/або Застрахованої особи.

**2.14.1. Опція програми страхування** – визначені умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених Програмою страхування.

**2.15. Страхова виплата/ страхове відшкодування** – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

**2.15.1. Сплачені страхові виплати (Paid losses)** – вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені Страховиком, згідно умов Договору страхування.

**2.15.2. Заявлені, але не сплачені страхові виплати/резерв страхових виплат (RBNS – reported but not settled losses/claims reserve)** - оцінка обсягу зобов'язань Страховика (вартість послуг) для здійснення страхових виплат за відомими вимогами Страхувальників / Застрахованих осіб, які не оплачені або оплачені не в повному обсязі на звітну дату та які виникли в зв'язку зі страховими подіями, що мали місце в звітному або попередніх періодах, та про факт настання яких Страховика повідомлено відповідно до вимог законодавства України та / або умов Договору страхування.

**2.16. Родичі 1-го (першого) ступеня споріднення застрахованого працівника** – батьки, чоловік, дружина, діти Застрахованої особи, віком від 0 до 45 років включно, якщо інше не погоджено зі Страховиком.

**2.17. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

**2.18. Страховий акт** – документ, що складається у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксовано характер випадку, розмір витрат і сума страхової виплати. В разі визнання випадку як «не страховий» страховий акт містить обґрунтуванні причин відмови.

**2.19. Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась під час дії Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі або іншій третій особі).

**2.20. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору страхування.

**2.21. Страховий ризик** - певна подія, на випадок настання якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**2.22. Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**2.23. Третя особа (Застрахована особа)** (далі - Застрахована особа) – фізична особа, віком до 70 років, про страхування якої укладено Договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. Якщо Страхувальник – фізична особа уклав Договір відносно себе він одночасно є і Застрахованою особою.

**2.24. Франшиза** – частина збитків, що виникли внаслідок настання страхового випадку,

що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування. Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми, в абсолютній грошовій величині або в днях.

2.24.1. **безумовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик не несе відповідальності при настанні страхового випадку.

Безумовна франшиза вираховується при розрахуванні страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку.

2.24.2. **умовна франшиза** - відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик не несе відповідальності, якщо витрати дорівнюють або не перевищують розмір умовної франшизи. Якщо розмір витрат перевищує розмір умовної франшизи, Страховик несе відповідальність у повному обсязі.

2.24.3. **часова франшиза** - кількість днів та/або годин, визначена Договором страхування, протягом яких Страховик не несе відповідальності.

2.25. **Цивільна дієздатність фізичної особи** - дане поняття слід розуміти відповідно до визначень Статті 30 Цивільного кодексу України.

Терміни та визначення, не обумовлені цими Правилами, вживаються у значенні, визначеними відповідно до чинного законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну або визначення не обумовлено цими Правилами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін або визначення використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

### 3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону України та пов'язані із здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

### 4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. КОРПОРАТИВНІ, АГРЕГАТНІ ТА ІНДИВІДУАЛЬНІ ЛІМІТИ

4.1. Страхова сума встановлюється за домовленістю між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору страхування на кожен окрему Застраховану особу.

4.2. Страхова сума встановлюється в національній валюті України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.3. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію, страхова сума за Договором страхування може бути встановлена в іноземній вільно конвертованій валюті.

4.4. Корпоративний/Агрегатний ліміт за договором – максимальний ліміт відповідальності Страховика по групі Застрахованих осіб, в межах Опцій, визначених у Програмі страхування. Витрати списуються як зі страхової суми Застрахованої особи, що скористалася опцією, так і з Корпоративного / Агрегатного ліміту по такій опції.

4.5. Індивідуальний ліміт за договором – максимальний ліміт відповідальності Страховика по відношенню до визначеної Застрахованої особи, в межах Опцій, визначених Програмою страхування. Витрати списуються зі страхової суми Застрахованої особи, що скористалася цією Опцією.

4.6. Ексцедент збитковості за Договором - істотна умова Договору, за якою, при досягненні/не досягненні максимального пріоритету ексцеденту збитковості, основні умови

договору підлягають обов'язковому перегляду та узгодженню між Страховиком та Страхувальником шляхом підписання додаткової угоди до Договору.

**Пріоритет ексцеденту збитковості** - максимальна межа відношення загальної суми заявлених збитків та виплачених страхових виплат застрахованим особам по відношенню до загальної суми отриманих страхових премій за всіх застрахованих осіб. Пріоритет збитковості може бути встановлений на рівні, не нижче 0,63.

4.7. Ліміти по Договору страхування можуть бути встановлені в грошовому, кількісному вираженні медичних послуг, що можуть бути надані Застрахованій особі, або в часовому вираженні, тобто в тривалості надання послуг Застрахованій особі тощо. Розміри таких лімітів за окремими видами Опцій/послуг визначаються Програмою страхування. Страхова сума за договором, корпоративний ліміт (або агрегатний ліміт) та будь-які інші ліміти встановлені Договором страхування на одну Застраховану особу зменшуються на розмір здійснених страхових виплат щодо даної особи з дати настання страхового випадку.

4.8. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат конкретній Застрахованій особі досягне розміру Страхової суми, визначеної Програмами страхування на цю Застраховану особу, то дія Договору стосовно цієї особи припиняється.

4.9. За згодою Сторін, протягом строку дії Договору, може бути збільшено розмір страхової суми за Програмою страхування або ліміти відповідальності (зобов'язання) Страховика, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу.

## **5. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ТЕРМІНИ ЙОГО СПЛАТИ ФРАНШИЗА.**

5.1. Базові страхові тарифи обчислюються шляхом актуарних розрахунків, наведених у Додатку №1 до цих Правил страхування.

5.2. Страховий тариф по Договору страхування встановлюється у відсотках від страхової суми. При визначенні розміру страхового тарифу за кожною окремою Програмою страхування Страховик враховує, але не обмежується наступними даними:

- стан здоров'я Застрахованої особи (з урахуванням результатів її попереднього медичного огляду та/або заповненої Декларації про стан здоров'я) на умовах передбачених Договором страхування;
- вік та стать Застрахованої особи;
- обраний перелік видів медичної допомоги/ Опції страхування;
- інших чинників страхового ризику (умов праці, умов життя, наявність шкідливих звичок і таке інше);
- рівень ЛПЗ;
- порядок, строки та умови сплати страхових платежів.

5.3. Добуток страхового тарифу та страхової суми складає страховий платіж.

5.4. Порядок, строки та умови сплати страхових платежів визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за згодою Сторін протягом строку дії договору страхування.

5.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником в безготівковій формі на поточний рахунок або в касу Страховика.

5.6. Страхувальники-резиденти мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

5.7. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж не в повному обсязі, Страховик не несе відповідальності за Договором до дати повної сплати страхового платежу згідно визначеного Договором порядку та умов сплати, якщо інше не обумовлено умовами Договору.

## 6. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

6.1. Страховим ризиком згідно цих Правил є розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, та/або загострення хронічного захворювання та/або нещасного випадку або інші обставин, що обумовлюють необхідність Застрахованої особи в медичних товарах та послугах. Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування за Договором можуть бути наступні події:

- 6.1.1. гостре захворювання;
- 6.1.2. хронічне захворювання у стадії загострення;
- 6.1.3. хронічне захворювання поза стадією загострення (в стадії ремісії);
- 6.1.4. травматичне ушкодження або інші наслідки нещасного випадку;
- 6.1.5. інше погіршення стану здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни і тому подібне);
- 6.1.6. необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або товарах.

6.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до ЛПЗ, фармацевтичного, профілактично-оздоровчого або іншого закладу за попереднім направленням Асистансу у зв'язку з подіями, з переліку за п.б.1., передбаченими Договором з метою одержання послуг у межах та в обсязі, передбаченому Програмою страхування. Договором може бути передбачено можливість самостійного звернення для отримання послуг на умовах Програми, за попереднім (перед отриманням послуги) погодженням із Асистансом та/або Страховиком.

## 7. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

7.1. За цими Правилами не можуть бути Застрахованими особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:

- 7.1.1. недієздатні фізичні особи за станом здоров'я;
- 7.1.2. ВІЛ-інфіковані особи та хворі на СНІД;
- 7.1.3. особи, які на дату укладання Договору проходять лікування з приводу злоякісного новоутворення;
- 7.1.4. інваліди I, II та III груп, дитина-інвалід, інвалід з дитинства;
- 7.1.5. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, вірусні гепатити, окрім гепатиту А;
- 7.1.6. хворі, які проходять лікування на важкі нервові розлади, що супроводжуються парезами та паралічами з приводу інсультів, нейроінфекцій, тощо та які мають психічні розлади з приводу епілепсії, шизофренії, аутизму тощо;
- 7.1.7. хворі на системну склеродермію, системний червоний вовчак;
- 7.1.8. хворі на розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання;
- 7.1.9. хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями);
- 7.1.10. хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем;
- 7.1.11. особи, які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо);
- 7.1.12. хворі на хронічну ниркову недостатність (з потребою в гемодіалізі);



7.1.13. хворі на туберкульоз (активна форма);

7.2. У разі встановлення у Застрахованої особи факту інвалідності або одного із захворювань, зазначених в п.7.1, до дати укладання Договору, про яку було замовчано або не зазначено Страхувальником/Застрахованою особою, Страховик відмовляє у організації надання медичної допомоги або страховій виплаті та Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи, із всіма наслідками передбаченими законодавством України.

7.3. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню, якщо інше не передбачено умовами самого Договору страхування, виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

7.3.1. Стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, що отримала Застрахована особа поза межами Території дії Договору та/або поза Строком дії Договору, в т.ч. захворювання, курс лікування яких був розпочатий до набуття чинності Договору.

7.3.2. Травми та/або захворювання, отримані Застрахованою особою внаслідок участі у несанкціонованих мітингах та демонстраціях, під час проходження військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, що потребують медичної допомоги.

7.3.3. Травми та/або захворювання, отримані Застрахованою особою внаслідок та/або під час:

7.3.3.1. впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання, хімічного і бактеріологічного зараження місцевості. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

7.3.3.2. будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), змін воєнно-політичної обстановки, загрози застосування воєнної сили, воєнних конфліктів, збройних конфліктів, локальних війн, регіональних війн, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, заколоту, локаутів, бунту, путчу, повстання, революції, тероризму або будь-яких інших дій за політичними мотивами, конфіскації, примусового вилучення, реквізиції чи пошкодження за розпорядженням існуючого уряду чи будь-якого органу влади, а також арешту, чи іншого вилучення, здійснених правоохоронними чи іншими, уповноваженими на це органами (митними, прикордонними або іншими), введення надзвичайного або особливого стану;

7.3.3.3. будь-якого роду дії або діяльності, що визначені як терористичний акт правозастосовуючим органом країни чи території, на якій мало місце такого роду дія/діяльність;

7.3.3.4. використання будь-якої біологічної, хімічної зброї, ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, засобів ураження живої сили та/або майна, що випускається з артилерійської або іншої бойової зброї або яке скидається з борту повітряного/водного судна.

7.3.4. Лепра та інші захворювання, пов'язані з особливо небезпечними інфекціями (за виключенням ГРВІ та грипу) незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами, а також швидкі тести на вірусні інфекції (в т.ч. на грип).

7.3.5. Стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, що отримані внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним

засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особи, яка не мала права на керування транспортним засобом або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння (отруєння).

- 7.3.6. Алкоголізм, наркоманія, токсикоманія та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони.
- 7.3.7. Стани обумовлені віковими змінами (клімакс, атрофічний кольпіт, сенільний дерматит тощо).
- 7.3.8. Діагностика та лікування професійних захворювань відповідно до висновку уповноваженої установи.
- 7.3.9. Наслідки отриманих травм, перенесених хірургічних операцій та захворювань, які призвели до паралічей (парезів), порушення психіки (нейроінфекції, гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), тощо), що сталися до набуття чинності Договору страхування.
- 7.3.10. Вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання, генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів.
- 7.3.11. Порушення та стани в гінекології/урології:
  - 7.3.11.1. венеричних захворювань: гонорея, сифіліс, венеричний лімфогрануломатоз;
  - 7.3.11.2. безпліддя (чоловіче та жіноче), порушенням менструального циклу, гіперпролактинемія, синдромом виснажених яєчників, аденомою простати, імпотенція, ерекційні дисфункції, сексуальні дисфункції;
- 7.3.12. Хронічні ТОРЧ-інфекцій, при підозрі на ці інфекції діагностика в цілому не здійснюється, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний моновірусоз).
- 7.3.13. ВІЛ-інфекція/СНІД, а також пов'язані з ними хвороби та інші імунодефіцитні стани.
- 7.3.14. Захворювання та травми внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф.
- 7.3.15. Захворювання та його ускладнення, які стали причиною встановлення групи інвалідності Застрахованій особі, у випадку встановлення групи інвалідності до початку укладання Договору страхування.
- 7.3.16. Психічні захворювання та невротичні розлади: неврози, астенії, епілепсія, психопатії, психоневрологічні та психосоматичні хвороби, розлади та стани (астено-невротичний, астено - депресивний, іпохондричний), синдром хронічної втоми, порушення мови та сну.
- 7.3.17. Захворювання печінки: гепатити (крім гепатиту А), гепатози, цироз печінки, стеатогепатит.
- 7.3.18. Дегенеративно-дистрофічними змінами та захворюваннями (кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, артроз тощо).
- 7.3.19. Хвороби викликані порушеннями обміну речовин (сечокислий діатез, сечосольовий діатез, подагра, порушення кальцієвого, фосфорного обміну, ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, та інші), крім невідкладної допомоги для зняття больового синдрому.
- 7.3.20. Себорея будь-якого типу, порушення потовиділення, алопеція, ламкість нігтів.

**7.4. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги), якщо інше не передбачено умовами самого Договору страхування, після постановки діагнозу наступних**

**захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:**

- 7.4.1. Хронічна ниркова недостатність з потребою в регулярному гемодіалізі та печінкова недостатність.
- 7.4.2. Злоякісні новоутворення, онкогематологія та інші онкологічні захворювання, туберкульоз, ендокринні захворювання в т.ч. цукровий діабет та їх ускладнення, які виникли до початку дії Договору.
- 7.4.3. Системні захворювання сполучної тканини, дегенеративні та демієлінізуючі захворювання нервової системи (розсіяний склероз, постінфекційні енцефаліти, лейкоцистоз, хвороба Альцгеймера тощо), а також стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч (ДЦП).
- 7.4.4. Залізодефіцитна анемія та інші захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою.
- 7.4.5. Діагностика та лікування захворювань та/або травм та інших розладів здоров'я (окрім швидкої невідкладної допомоги), отриманих в результаті дій Застрахованої особи невластивих щоденній життєвій та професійній діяльності, виконання Застрахованою особою будь-якого виду небезпечної роботи; занять професійними або аматорськими видами спорту.

Термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.

- 7.4.6. Хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно тощо), крім ускладнень, що вимагають невідкладного хірургічного втручання (гострі тромбози, емболії).

- 7.4.7. Мігрень, не залежно від форми та стадії розвитку нападу.

**7.5. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг, якщо інше не передбачено умовами самого Договору страхування:**

- 7.5.1. Будь-які витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору або після дострокового припинення дії договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи.
- 7.5.2. Витрати на медичні послуги, не передбачені умовами самого Договору страхування.
- 7.5.3. Витрати на медичні послуги, одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Асистуючою компанією медичних закладах або на умовах, що не передбачені умовами Договору.
- 7.5.4. Витрати на подальше обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування.
- 7.5.5. Витрати на медичні довідки компетентних органів, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових/дитячих закладів, посвідчення водіїв, тести на професійну придатність, діагностика та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювань за якими встановлена будь-яка група інвалідності.
- 7.5.6. Витрати на благодійні внески.
- 7.5.7. Операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (окрім аутотрансплантації),

- протезування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів.
- 7.5.8. Операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
- 7.5.9. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластика, корекція ваги, інші маніпуляції, пов'язані з усуненням косметичних дефектів.
- 7.5.10. Планові операції із використанням апарату штучного кровообігу та кардіохірургічні операції, операції на коронарних судинах (стенування, шунтування тощо).
- 7.5.11. Ліпідограма, окрім гострого інфаркту міокарду.
- 7.5.12. Операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показами), контрацепція, визначення гормонального стану, стерилізація.
- 7.5.13. Профілактичне, підтримуюче або санаторно-курортне лікування.
- 7.5.14. Лікування неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
- 7.5.15. Лікування функціональних порушень травлення (дисбактеріоз, дисбіоз, СПК (синдром подразненого кишківника), ДЖВШ (діскінезія жовчо-вивідних шляхів), диспанкреатизм тощо).
- 7.5.16. Послуги косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, психолога, психотерапевта та психоаналітика.
- 7.5.17. Гідроколонтерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, перебування в барокамері.
- 7.5.18. Екстракорпоральні методи лікування окрім реанімаційних заходів: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез та ін.
- 7.5.19. Витрати на лікування методами альтернативної медицини (народної та нетрадиційної медицини) в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, склеродіагностика та склеротерапія, гірудотерапія, рефлексотерапія, біоенергетика, краніосакральна терапія, діагностика за методом Фолля та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування, за винятком: голкорекфлектотерапії, мануальної терапії, лікування гомеопатичними та антигомотоксичними препаратами.
- 7.5.20. Операції за власним бажанням Застрахованої особи (не за медичними показниками).
- 7.5.21. Будь-які послуги, попередньо не узгоджені зі Страховиком.
- 7.5.22. Довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та інш.).
- 7.5.23. Виклик лікаря додому без медичних показань.
- 7.6. Страховик не організовує та не здійснює оплату медичних та інших послуг щодо лікування та діагностики (в т.ч. подальшої діагностики після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому)) наступних захворювань та станів, якщо інші умови не передбачені умовами Договору страхування:**
- 7.6.1. Дерматологічні захворювання у т.ч. псоріаз, нейродерміт, екзема, сонячна опіки, акне, розоцея, atopічний дерматит, сікоз, вугрова хвороба, демодекоз, дисгідроз кистей та стоп, вугрова хвороба, мікози шкіри/нігтів та внутрішніх органів тощо.
- 7.6.2. Полікістоз яєчників, ендометріоз та дисплазія шийки матки, окрім станів, ускладнених кровотечею після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому), мастопатією.

- 7.6.3. Кольпіти, цервіцити, вульвовагініти, дисбіози/дисбактеріози, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології.
- 7.6.4. Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, цитомегаловірусна інфекція) після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому).
- 7.6.5. Планова медична допомога (госпіталізації, хірургічні операції).
- 7.6.6. Витрати на діагностику імунного статусу організму та/чи алергологічного профілю, в тому числі скарифікаційні проби, алергологічні панелі (крім алергопроб на антибіотики); витрати на імунологічні та імуно-серологічні дослідження, а також витрати на специфічну імунотерапію та корекцію імунітету.
- 7.6.7. Стоматологічне лікування захворювань та станів, з використанням методів, засобів та апаратів:
- 7.6.7.1. покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), зубні пасти;
- 7.6.7.2. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням.
- 7.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та цим Правилам страхування.
- 7.8. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків та обмеження страхування визначається Договором страхування.
- 7.9. Згідно цих Правил розширення страхового покриття щодо випадків, які є виключеннями та щодо яких встановлено обмеження цим Розділом, можливе за умови включення додаткових умов до Договору страхування та збільшення розміру страхового тарифу.

## **8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 8.1. Строк дії та місце дії Договору страхування визначається за згодою Сторін та зазначається у Договорі страхування.
- 8.2. Договір страхування вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше 1 (одного) року.
- 8.3. Договір страхування набирає чинності з дати внесення страхового платежу в повному обсязі або його першої частини, якщо інше не передбачене Договором страхування.
- Договором страхування може бути передбачено, що він набирає чинності в повному обсязі з дати, зазначеної як початкова дата Строку дії Договору, але не раніше дня наступного за датою зарахування на поточний рахунок Страховика страхового платежу (першої частини страхового платежу) у повному обсязі, та діє до дати зазначеної як кінцева дата Строку дії Договору. У разі сплати страхового платежу частинами, кінцева дата Строку дії Договору визначається як останній день періоду за який здійснено оплату страхового платежу.
- 8.4. Місце дії Договору страхування (територією дії Договору) є територія України та/або територія інших держав, якщо це зазначено в Договорі страхування. Страховиком можуть бути встановлені додаткові обмеження щодо території дії Договору.
- 8.5. Договором страхування може бути обумовлено місце надання медичної допомоги – конкретний перелік медичних закладів, у яких Застрахована особа може отримати медичну допомогу згідно з умовами Договору страхування.

Місце надання Медичної допомоги (перелік Медичних закладів) може бути визначено окремо по кожній Програмі страхування, обумовленій в Договорі страхування.

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**9.1.** Для укладання договору страхування, Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

**9.2.** Страховик вправі вимагати від Страхувальника надати будь-яку іншу додаткову інформацію, необхідну для оцінки страхового ризику та укладення Договору страхування. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження осіб, які підлягають страхуванню, а також інші документи.

**9.3.** На підставі отриманої від Страхувальника інформації Страховик приймає рішення про укладення Договору страхування.

**9.4.** Страхувальники можуть укладати Договори про страхування Третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

**9.5.** Якщо Страхувальник укладає Договір страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним здоров'ям та життям, то він одночасно є Застрахованою особою і на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи.

**9.6.** Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись Полісом (Сертифікатом, Страховим свідоцтвом, Карткою), що є формою Договору страхування. Договір також може бути укладений в електронній формі в порядку визначеному чинним законодавством України та цими Правилами.

**9.7.** Договір страхування (Поліс, Сертифікат, Страхове свідоцтво, Картка) може бути виданий як для кожної Застрахованої особи, так і єдиний Договір на всіх Застрахованих осіб. В останньому випадку до Договору страхування додається перелік Застрахованих осіб із обов'язковим зазначенням: ПІБ, дати народження, адреси, назви Програми страхування, ставки страхового тарифу, розміру страхового платежу та страхової суми для кожної Застрахованої особи, якщо інше не визначено умовами Договору. Форму Списку Застрахованих осіб визначає Страховик. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

**9.8.** За згодою Сторін Договір страхування може передбачати також часову франшизу від 1 (однієї) до 30 (тридцяти) діб, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування.

**9.9.** Застрахованій особі забороняється використовувати Договір страхування (Поліс, Сертифікат, Страхове свідоцтво, Картка) з метою отримання іншими Третіми особами медичних та (або) інших послуг.

**9.10.** У разі втрати оригіналу Договору страхування (Полісу, Сертифікату, Страхового свідоцтва, Картки) в період його дії Страховик видає Страхувальникові дублікат. Після видачі дублікату втрачений примірник такого документу вважається недійсним.

**9.11.** Страхувальник зобов'язаний негайно (не пізніше 48 годин) інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право

вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України та в порядку, визначено п. 16.5.4. Правил.

**9.12.** Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність наданих даних при укладанні Договору страхування.

**9.13.** Зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї зі сторін Договору, та оформлюються письмово шляхом складання Додаткової угоди, що містить відповідні зміни та є невід'ємною частиною Договору страхування.

**9.14.** Договором страхування можуть бути передбачені умови страхування інші, ніж викладені в цих Правилах, якщо це не суперечить законодавству України.

**9.15.** У разі укладення Договору страхування в електронній формі, Сторони дотримуються положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері електронної комерції під час вчинення електронних правочинів.

**9.16.** При укладенні Договору страхування в електронній формі сторони, якщо не домовляться про інше чи якщо інший порядок не буде встановлено законодавством, керуються такими умовами:

9.16.1. Договір страхування складається з пропозиції Страховика укласти Договір страхування (Оферти) та прийняття цієї пропозиції Страхувальником (Заяви-приєднання та/або Акцепту).

9.16.2. Умови Оферти підписуються Страховиком в одному чи декількох примірниках. У разі підписання лише одного примірника його оригінал зберігається у Страховика. Оферта також розміщується Страховиком в мережі «Internet» та є у вільному доступі для ознайомлення з її змістом. Оферта може включати умови, що містяться в іншому електронному документі, шляхом скерування (посилання) на нього.

9.16.3. Оферта може бути зроблена шляхом надсилання комерційного електронного повідомлення Страхувальнику, її розміщення в мережі «Internet» або інших інформаційно-телекомунікаційних системах.

9.16.4. Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування (прийняття) умов Оферти в електронній формі одним із вказаних нижче в цьому пункті способів, який визначається Офертою Страховика:

9.16.4.1. шляхом надсилання електронного повідомлення Страховику, підписаного в порядку, передбаченому п. 9.16.6 цих Правил;

9.16.4.2. шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття Оферти в електронній формі, що підписується в порядку, передбаченому п. 9.16.6 Правил;

9.16.4.3. шляхом вчинення дій, що вважаються прийняттям Оферти укласти Договір страхування в електронній формі, якщо зміст таких дій чітко роз'яснено в інформаційній системі Страховика, в якій розміщено таку Оферту, і ці роз'яснення логічно пов'язані з нею.

9.16.5. Після підписання Акцепту Договір страхування вважається таким, що укладений.

9.16.6. Моментом підписання Оферти є використання:

9.16.6.1. електронного підпису або електронного цифрового підпису відповідно до Закону України «Про електронний цифровий підпис», за умови використання засобу електронного цифрового підпису усіма сторонами електронного правочину;

9.16.6.2. електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначеним Законом України «Про електронну комерцію»;

9.16.6.3. аналога власноручного підпису (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідних аналогів власноручних підписів.

**9.17.** Для укладення Договору страхування Страхувальник заходить на відповідну WEB сторінку в мережі «Internet» чи іншу інформаційно-комунікаційну систему, як вказано Страховиком, знайомиться з пропозицією (Офертою), обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитись з умовами Оферти, Правилами, інформацією про фінансову послугу, які розміщені на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet», та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

**9.18.** Відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних складається Акцепт. Акцепт складається в електронній формі за зразком, встановленим Страховиком.

**9.19.** У разі підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Акцепту Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Акцепту.

**9.20.** Після підписання Акцепту Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж запропонованим Страховиком способом.

**9.21.** Після оплати страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, на вказану Страхувальником адресу електронної пошти надсилається підписаний Страхувальником Акцепт та копія Оферти в електронній формі, які підтверджують укладання Договору страхування.

**9.22.** Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування Страхувальника. Акцепт, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

**9.23.** Зміна умов і припинення дії Договору страхування, укладеного в електронній формі з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, здійснюється відповідно до умов Розділу 16 цих Правил.

**9.24.** Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування Застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі або інших планових, профілактичних або лікувально-профілактичних медичних послуг/товарів, вичерпний перелік яких зазначається в Програмі страхування. Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта.



- 9.25.** Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів, що входять до страхового покриття, визначеного Програмою страхування.
- 9.26.** Страхування за цими Правилами може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:
- 9.26.1. організацію послуг;
  - 9.26.2. консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів, товарів медичного призначення та інше);
  - 9.26.3. оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення;
  - 9.26.4. оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.
  - 9.26.5. Інші послуги/ допомогу, передбачену Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі:
    - 9.26.5.1. організація проїзду (включаючи оплату проїзду та оформлення необхідних для проїзду документів) Застрахованої особи та осіб, які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) до місця надання медико-санітарної допомоги та до місця постійного проживання після надання медико-санітарної допомоги;
    - 9.26.5.2. організація, оплата проживання і харчування Застрахованої особи та осіб які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду тощо) під час надання медико-санітарної допомоги;
    - 9.26.5.3. репатріація тіла, у разі смерті Застрахованої особи та/або прижиттєвого донора (при трансплантації органів);
    - 9.26.5.4. інші супровідні послуги, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, передбачені Договором страхування.
- 9.27.** Перелік Опцій, які можуть бути включені до Програм страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:
- 9.27.1. швидка (невідкладна) медична допомога;
  - 9.27.2. невідкладна стаціонарна допомога;
  - 9.27.3. планова стаціонарна допомога;
  - 9.27.4. амбулаторно-поліклінічна допомога, в т.ч. але не обмежуючись:
    - 9.27.4.1. консультаціями лікарів,
    - 9.27.4.2. лабораторними та інструментально-діагностичними послугами
    - 9.27.4.3. денним стаціонаром та маніпуляціями;
    - 9.27.4.4. фізіопроцедурами;
    - 9.27.4.5. викликом лікаря додому/ в офіс
    - 9.27.4.6. оформленням медичної документації;
    - 9.27.4.7. медикаментозним забезпеченням;
  - 9.27.5. стоматологічна допомога;
  - 9.27.6. інші Опції, які включають планові, профілактичні, та колективні медичні послуги та/або допомогу серед яких можуть бути:
    - 9.27.6.1. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом

(ЗПСШ);

- 9.27.6.2. діагностика та лікування дерматологічних захворювань;
  - 9.27.6.3. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
  - 9.27.6.4. діагностика та лікування інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту;
  - 9.27.6.5. діагностика та лікування окремих захворювань чи станів;
  - 9.27.6.6. діагностика та лікування доброякісних новоутворень;
  - 9.27.6.7. діагностика та лікування злоякісних новоутворень;
  - 9.27.6.8. діагностика та лікування туберкульозу;
  - 9.27.6.9. діагностика та лікування цукрового діабету;
  - 9.27.6.10. діагностика та лікування вірусних гепатитів;
  - 9.27.6.11. різні види вакцинацій в т.ч. проти грипу;
  - 9.27.6.12. профілактика ГРЗ імуномодуляторами та імуностимуляторами;
  - 9.27.6.13. вітамінізація;
  - 9.27.6.14. різні види профілактичних оглядів, в т.ч. за наказами МОЗ;
  - 9.27.6.15. профілактично-оздоровчі послуги в т.ч. масаж;
  - 9.27.6.16. діагностика та лікування хронічних захворювань в стадії ремісії;
  - 9.27.6.17. дородовий патронаж вагітної жінки;
  - 9.27.6.18. медична допомога при пологах;
  - 9.27.6.19. патронаж дитини віком до 1 року;
  - 9.27.6.20. планові профілактичні щеплення;
  - 9.27.6.21. плановий візит лікаря в офіс;
  - 9.27.6.22. офісна аптечка;
  - 9.27.6.23. корпоративний ліміт на виключення.
- 9.28.** Страховик має право комбінувати різні Опції в межах Програм страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.
- 9.29.** Детальний опис опцій страхування наводиться у Договорі страхування.

## 10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 10.1. Страхувальник має право:

- 10.1.1. Ознайомитись з умовами Договору та Правилами страхування.
- 10.1.2. Укласти зі Страховиком Договір страхування про страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям та працездатністю та договори страхування майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою.
- 10.1.3. Отримати дублікат Договору страхування (Полісу, Сертифікату) у разі його втрати.
- 10.1.4. Ініціювати внести зміни до умов Договору страхування за згодою Сторін, на умовах визначених цими Правилами та Договором страхування шляхом укладання Додаткової угоди до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником.
- 10.1.5. При настанні страхового випадку вимагати від Страховика оплати наданих Застрахованій особі медичних та інших послуг певного переліку і якості в обсязі програми страхування, що була передбачена договором страхування;
- 10.1.6. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством України, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.
- 10.1.7. Достроково припинити дію Договору страхування в цілому або лише по відношенню до однієї або декількох Застрахованих осіб.

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

- 10.2.1. Своєчасно та у повному обсязі сплачувати страховий(і) платіж(-ежі) (його частини), згідно умов Договору страхування.
- 10.2.2. Виконувати умови Договору страхування.
- 10.2.3. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.
- 10.2.4. Письмово повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня настання відповідної обставини про зміну прізвищ, адрес та інших реквізитів Страхувальника та/або Застрахованих осіб.
- 10.2.5. Під час укладання Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо предмету такого Договору страхування та в подальшому письмово повідомляти про укладання таких Договорів страхування протягом 5(п'яти) робочих днів з дати їх укладання, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.
- 10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку (випадку, що має ознаки страхового) у порядку та у строки, передбачені Договором страхування, і діяти відповідно до умов Договору страхування.
- 10.2.7. Сплатити додатковий страховий платіж у разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення відповідних змін до умов договору страхування.
- 10.2.8. Ознайомити Застрахованих осіб із умовами Договору страхування, обов'язками Застрахованих осіб згідно з Договором страхування, а також про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок настання страхового випадку.
- 10.2.9. У межах своєї компетенції вжити заходів щодо усунення шкідливих чинників, що впливають на життя та здоров'я Застрахованих осіб, та провадити усі можливі заходи, спрямовані на запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- 10.2.10. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог чинного законодавством України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.
- 10.2.11. Тримати в таємниці відомості про умови Договору, результати врегулювання Страхових випадків, розмір виплат, стан здоров'я Застрахованих осіб, що став відомий Страхувальнику у зв'язку з укладанням та дією Договору, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України, та випадків, коли Застрахована особа письмово підтвердила, що вона не заперечує проти надання такої інформації третім особам (працедавцю, страховому брокеру, страховому агенту тощо), які є уповноваженими Страхувальником особами в частині контролю виконання умов Договору Страховиком.

## **10.3. Страховик має право:**

- 10.3.1. При укладенні Договору страхування вимагати від Страхувальника або особи, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю якої підлягають страхуванню, надання декларації про стан здоров'я або проведення

медичного огляду та (або) обстеження, надання результатів такого медичного огляду та (або) обстеження і за наданими результатами приймати рішення щодо укладення Договору страхування.

- 10.3.2. Перевіряти достовірність повідомленої Страхувальником (Застрахованою особою) при укладенні Договору страхування інформації, перевіряти іншу, надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення страхового ризику.
- 10.3.3. Ініціювати внесення змін, до умов Договору страхування, за домовленістю зі Страхувальником.
- 10.3.4. Вимагати від Страхувальника переукладання Договору та сплати додаткового страхового платежу у разі збільшення ступеня страхового ризику щодо предмету Договору страхування.
- 10.3.5. Відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір відповідно до умов Договору, Програми страхування, цих Правил та норм чинного законодавства України.
- 10.3.6. Самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку: вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею.
- 10.3.7. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до медичних закладів, компетентних органів, інших підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причину настання страхового випадку, вартість медичних та інших послуг, отриманих Застрахованою особою.
- 10.3.8. Відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні у випадках, передбачених цими Правилами страхування.
- 10.3.9. Ініціювати дострокове припинити дії Договору страхування у відповідності до його умов, умов цих Правил та чинного законодавства України.

#### **10.4. Страховик зобов'язаний:**

- 10.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та цими Правилами, а також з переліком ЛПЗ, визначених для надання медичних послуг за Договором та Програмою страхування.
- 10.4.2. Видати кожній Застрахованій особі Картку, якщо це передбачено Договором. Картка не може бути передана для використання іншим третім особам.
- 10.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.
- 10.4.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в порядку та в строки передбачені Договором страхування.
- 10.4.5. Контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги, що надається Застрахованій особі згідно з договором страхування та програмою страхування;
- 10.4.6. Виконувати умови Договору страхування.

#### **10.5. Застрахована особа має право:**

- 10.5.1. Ознайомитись та одержати роз'яснення щодо умов укладеного Договору страхування

та Правил страхування.

- 10.5.2. У разі самостійної оплати вартості послуг, лікарських засобів та/або виробів медичного призначення при настанні страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування, отримати страхову виплату на умовах визначених в Договорі страхування.
- 10.5.3. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу належної якості, в обов'язі та в межах лімітів страхування, передбачених умовами Договору та Програмою страхування.
- 10.5.4. Оскаржити прийняте Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати або її розмір в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
- 10.6. Застрахована особа зобов'язана:**
- 10.6.1. Виконувати умови Договору страхування.
- 10.6.2. Свідомо не створювати ризику втрати здоров'я чи заподіяння шкоди своєму здоров'ю, у разі розладу здоров'я звернутися до Страховика та/або медичної установи в строки та порядку, визначеному Договором страхування.
- 10.6.3. Дотримуватися приписів лікаря, отриманих під час надання медичної допомоги та виконувати розпорядок, встановлений медичною установою, дотримуватися усіх рекомендацій лікаря-координатора Асистансу.
- 10.6.4. Забезпечити збереження Договору страхування (Сертифікату, Полісу, Картки) і не передавати його іншим особам з метою одержання ними медичних та інших послуг, медпрепаратів. У випадку втрати Картки у строк, визначений Договором страхування, подати Страховику заяву (письмово) про її втрату та отримати дублікат.
- 10.6.5. Відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичних послуг, наданих у разі свідомої передачі Застрахованою особою Сертифікату або Полісу, або Картки третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи.
- 10.6.6. Сплатити франшизу, якщо її встановлено Програмою страхування, медичному закладу безпосередньо під час звернення до нього.
- 10.6.7. При відвідуванні медичної установи мати при собі Картку та документ, що посвідчує особу.
- 10.6.8. Достовірно інформувати ЛПЗ та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику, а також вживати заходів щодо запобігання та зменшення витрат, завданих внаслідок настання страхового випадку.
- 10.6.9. Надавати довіреному лікарю Страховика можливість провести медичний огляд (обстеження) у разі прийняття Страховиком рішення про необхідність визначення стану здоров'я Застрахованої особи та проведення такого медичного огляду (обстеження).
- 10.6.10. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та в строки, передбачені Договором, в тому числі повідомити Страховика про намір самостійно оплатити послуги або товари медичного призначення для подальшого отримання компенсації (відшкодування) перед отриманням таких послуг або придбанням товарів медичного призначення.
- 10.6.11. У разі сплати медичних послуг за власний рахунок надати Страховикові всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та необхідні для здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких

справ, що стосуються страхового випадку та страхової виплати, а в разі прийняття Страховиком рішення про необхідність проведення медичного обстеження у довіреного лікаря Страховика, здійснити таке обстеження відповідно до умов, передбачених договором страхування.

10.6.12. Якщо Застрахована особа є малолітньою або неповнолітньою, зобов'язання, зазначені в пунктах 10.6.1 - 10.6.12 цих Правил страхування, повинен виконувати її уповноважений представник (один з батьків, усиновитель, опікун тощо).

10.7. Умовами Договору страхування також можуть бути передбачені інші (додаткові) права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи, визначені в інших Розділах цих Правил та/або в Договорі страхування, а також передбачені законодавством України.

## **11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1. При настанні розладу здоров'я протягом строку дії Договору, що потребує надання медичних послуг згідно умов Договору страхування, Страхувальник (Застрахована особа або її представник) повинен протягом однієї доби звернутися, у спосіб що визначений у Договорі страхування, до Страховика (лікаря-координатора Асистуючої компанії Страховика,) та повідомити необхідну інформацію:

- 1) прізвище, ім'я, по-батькові та номер Картки Застрахованої особи;
- 2) причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям);
- 3) іншу інформацію на вимогу Страховика (Асистуючої компанії) (фактична адреса місцезнаходження, контактний номер телефону та ін.)

11.2. На підставі отриманої інформації Страховик (черговий лікар-координатор Асистуючої компанії Страховика) приймає рішення щодо організації надання медичних послуг Застрахованій особі, яка має можливість отримати їх, керуючись вказівками лікаря-координатора.

11.3. Неможливість своєчасно повідомити про подію Страховика, в разі погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, має бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі невідкладну медичну допомогу.

11.4. Якщо Застрахована особа має намір звернутися до медичного закладу, не передбаченого Договором страхування або Програмою страхування, Застрахована особа погоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги) зі Страховиком медичний заклад, перелік медичних послуг та величину вартості погоджених медичних послуг, що гарантовано відшкодовується Страховиком. При цьому Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає заяву Страховикові про страхову виплату. У такому випадку Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок.

11.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні страхового випадку.

## **12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

12.1. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість. У випадку оплати наданих медичних послуг через Асистанс заявою Страхувальника (Застрахованої

особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу.

**12.2.** У разі самостійної оплати наданих медичних послуг, Застрахована особа у строки обумовлені Договором страхування, надає Страховику нижчезазначені документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, на підставі яких Страховик приймає рішення щодо страхової виплати:

12.2.1. письмову заяву на страхову виплату за формою, встановленою Страховиком;

12.2.2. медичну документацію, за формами встановленими чинним законодавством або медичною установою:

1) у разі амбулаторно-поліклінічного лікування - підписаний лікарем та завірений печаткою закладу охорони здоров'я витяг з амбулаторної карти або консультативний висновок лікаря із зазначенням діагнозу, переліку та кількості медичних послуг (направлення на консультації/обстеження, копії результатів обстежень/досліджень, якщо такі проводились) та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися Застрахованою особою;

2) у разі стаціонарного лікування - підписана лікарем та завірена печаткою закладу охорони здоров'я виписка (епікриз) з історії хвороби;

3) у разі виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги – карта виїзду бригади швидкої допомоги;

12.2.3. оригінали квитанцій, касових чеків (фіскальні чеки за відсутності в медичному закладі касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера), що підтверджують видатки на лікувально-діагностичні медичні послуги та/або витрати на придбання засобів медичного призначення (ліки, медичний інструментарій, тощо). Якщо у касовому чеку відсутні назви медикаментів – додатково надаються товарні чеки, які вміщують перелік медикаментів/ (належним чином завірених);

12.2.4. рахунки підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг і надавали медичні послуги у зв'язку з настанням страхового випадку та документи підтверджуючі їх оплату.

12.2.5. копію ліцензії на здійснення медичної практики чи надання оздоровчих послуг, витяг із Реєстру платників податків, Виписки із Державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, якщо медична та або інша послуга надана фізичною особою-підприємцем;

12.2.6. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати згідно умов Договору;

12.2.7. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі;

12.2.8. документ, що підтверджує неможливість звернення до Асистуючої компанії/Страховика в строки, визначені Договором (виписки, довідки компетентних органів або інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика);

12.2.9. інші документи за вимогою Страховика.

**12.3.** Загальний розмір страхових виплат по одній Застрахованій особі не може перевищувати Страхову суму або Ліміти, встановлені Договором страхування або Загальний корпоративний/агрегатний ліміт за Опцією/набором опцій, якщо такий ліміт передбачено Програмою.

### **13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

**13.1.** У разі настання страхового випадку за встановлений Договором страхування страховий платіж, у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату відповідно до

умов Договору страхування в межах страхової суми або її частини шляхом:

- 13.1.1. оплати медичному закладу та/або Асистуючій компанії вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії Договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;
- 13.1.2. компенсації (відшкодування) понесених Застрахованою особою (опікуном, спадкоємцем) документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги, з урахуванням умов Договору страхування.
- 13.2. Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг), якщо медичну допомогу надавали медичні заклади, з якими Страховик не має договору про співпрацю.
- 13.3. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (опікуну, спадкоємцю) відповідно до умов Договору страхування у разі самостійної оплати останньою отриманих медичних та інших послуг та придбаних медикаментів та товарів медичного призначення на підставі заяви Застрахованої особи і страхового акта, який складає Страховик.
- 13.4. Страховик складає страховий акт, в залежності від сторони, що здійснила оплату послуг, на підставі:
  - 13.4.1. акту виконаних робіт від Асистуючої компанії, при оплаті послуг Асистансом. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати визначений договорами між Асистансом та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.
  - 13.4.2. наданих Застрахованою особою документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, медикаментів, передбачених цими Правилами страхування та Договором страхування.
- 13.5. Застрахована особа надає Страховикові для здійснення останнім страхової виплати нижчезазначені документи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:
  - 13.5.1. Заяву про здійснення страхової виплати.
  - 13.5.2. Примірник Договору страхування за запитом Страховика.
  - 13.5.3. Документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, зазначені у Розділі 12 цих Правил страхування та Договорі страхування.
  - 13.5.4. Нотаріальна посвідчена довіреність, видана Застрахованою особою на довірену особу з повноваженнями на право отримання від Страховика страхової виплати, і паспорт такої особи, яка одержує страхову виплату за довіреністю – у разі одержання страхової виплати довіреною особою.
  - 13.5.5. Інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, придбаних медикаментів та (або) необхідні для здійснення страхової виплати, на письмовий запит Страховика.
- 13.6. Документи, що подаються для здійснення Страховиком страхової виплати, повинні бути достовірні, надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.



**13.7.** Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистуючій компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах про співпрацю з цими закладами.

**13.8.** Розмір страхової виплати не може перевищувати вартість аналогічних медичних послуг в ЛПЗ згідно діючого на дату звернення преїскуранту вартості послуг, передбачених Програмою страхування та з якими співпрацює Асистуюча компанія.

**13.9.** Загальний розмір страхової виплати по кожній Застрахованій особі за одним чи декількома страховими випадками не має перевищувати страхову суму або встановлених лімітів по окремим опціям передбаченим Договором страхування та щодо конкретно цієї Застрахованої особи.

**13.10.** Після здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

**13.11.** Якщо Програма страхування передбачає наявність та застосування франшиз, страхова виплата здійснюється за вирахуванням франшизи за тією Опцією або видом медичної допомоги, за яким вона встановлена. Розмір франшизи, яка підлягає вирахуванню може сплачуватись Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання послуг.

**13.12.** Страхові виплати здійснюються в національній валюті України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

#### **14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

**14.1.** Страховик з метою прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову від здійснення страхової виплати може робити запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку:

14.1.1. якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди (збитку);

14.1.2. якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У такому разі з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди Страховик має право призначити розслідування або оцінку, яку проводить експерт незалежної експертної організації;

14.1.3. в інших випадках, передбачених Договором страхування.

**14.2.** Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, якщо це передбачено Договором страхування:

14.2.1. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням у цивільній, господарській справі або за кримінальним провадженням, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку (шкоди) розглядається судом;

14.2.2. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;

14.2.3. до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття

кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (одержувача страхового відшкодування) було розпочате кримінальне провадження.

14.2.4. на строк до 6 (шести) місяців з дати подання Страхувальником всіх належним чином оформлених документів для страхової виплати у разі складних обставин страхового випадку (необхідність отримання додаткової інформації, перевірки обставин події та/або документів, втрата Страхувальником дієздатності, або інше).

14.3. Про прийняття рішень, зазначених у п. 14.2 Правил, Страховик повідомляє Страхувальника/Вигодонабувача впродовж 10 (десяти) робочих днів з дати подання Страхувальником останнього документу, в письмовій формі з обґрунтуванням причин.

14.4. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком всіх документів (або останнього з них, якщо документи надавалися Страховикові частинами), необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків, а саме: документів, передбачених цими Правилами страхування та (або) Договором страхування, та відповідей на запити Страховика від підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку (з урахуванням пункту 14.2.4 Правил страхування), якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик:

14.4.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта та протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, або

14.4.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (або одержувача страхової виплати) про прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування.

14.5. У разі отримання медичної допомоги (послуг) в медичних закладах, з якими Страховик не має договорів про співпрацю, або у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичної допомоги, термін здійснення страхових виплат встановлюється договором страхування, але цей термін не може перевищувати 15 робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати. Страховик здійснює страхову виплату в безготівковій формі на особистий рахунок Застрахованої особи.

## **15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

15.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат або страхового відшкодування є:

15.1.1. Навмисні дії (бездіяльність) Страхувальника та/або Застрахованої особи, спрямовані на настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй медичних послуг (спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень), крім випадків, пов'язаних з виконанням громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій Страхувальника та/або Застрахованої особи встановлюється згідно чинного законодавства України.

15.1.2. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про

настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру страхової виплати. Також, Сторонами може бути узгоджено, що відмова Страховика у випадку несвоечасного повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку є безумовною та не залежить від того, чи перешкодило це Страховику визначити причини та обставини події, а також розмір виплати.

- 15.1.3. Надання Страхувальником та/або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору при укладанні Договору, про факти, обставини, наслідки настання страхового випадку, розміру страхової виплати, в тому числі підробка документації.
- 15.1.4. Порушення Страхувальником та/або Застрахованою особою умов Договору.
- 15.1.5. Недотримання Страхувальником (Застрахованою особою) рекомендацій та процедур лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я і, як наслідок, збільшило розмір збитку;
- 15.1.6. Подання не в повному обсязі необхідних документів, які підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір страхової виплати, при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі в порядку, обумовленому цим Договором.
- 15.1.7. Наявність обставин, які є виключеннями зі страхових випадків і обмеженнями страхування, передбаченими цими Правилами страхування та (або) Договором страхування;
- 15.1.8. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
- 15.2. Повний перелік причин для відмови у страховій виплаті визначається Сторонами та зазначається в Договорі страхування.
- 15.3. Страховиком не відшкодовується моральна шкода та упущена вигода.

## **16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТРАХОВОГО РИЗИКУ (СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ).**

- 16.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються виключно за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання Додаткової угоди, яка стає невід'ємною частиною Договору страхування.
- 16.2. Про намір внести зміни та/або доповнення до Договору страхування Сторона, яка ініціює внесення таких змін та/або доповнень, зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до прогнозованого строку внесення таких змін та/або доповнень, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 16.3. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
  - 16.3.1. закінчення строку дії Договору;
  - 16.3.2. несплати Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) у встановленому Договором страхування розмірі з дотриманням встановленого Договором строку. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено Договором страхування;

- 16.3.3. відмови Страхувальника внести зміни до Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, якщо інше письмово не погоджено Сторонами;
- 16.3.4. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 16.3.5. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою (в цьому випадку дія Договору припиняється по відношенню до певної Застрахованої особи) в повному обсязі;
- 16.3.6. смерті Застрахованої особи (в цьому разі дія цього Договору припиняється по відношенню до певної Застрахованої особи);
- 16.3.7. ліквідації Страховика або ліквідації Страхувальника - юридичної особи у порядку, встановленому законодавством України або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";
- 16.3.8. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 16.3.9. в інших випадках, передбачених законодавством України або Договором страхування.

**16.4.** Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та чинним законодавством України.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення договору страхування, якщо інше ним не передбачене.

**16.5.** При достроковому припиненні Договору розрахунки Сторін здійснюються наступним чином:

- 16.5.1. У разі дострокового припинення дії Договору за ініціативою Страхувальника, Страховик повертає йому фактично сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
- 16.5.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж в повному обсязі.
- 16.5.3. У разі дострокового припинення дії Договору за ініціативою Страховика, Страхувальнику повертається фактично сплачений страховий платіж в повному обсязі.
- 16.5.4. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

**16.6.** Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про здійснення страхової виплати, поданих Застрахованою особою (Вигодонабувачем): здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову

у здійсненні страхової виплати.

**16.7.** Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку та вважається недійсним з моменту його укладання у випадках:

16.7.1. передбачених чинним законодавством України;

16.7.2. якщо Договір укладено після настання страхового випадку.

**16.8.** В усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страховику повинні бути повернуті Страхові поліси (Страхові свідоцтва, Сертифікати, Картки).

**16.9.** У разі збільшення ступеня страхового ризику щодо предмета Договору страхування Страховик пропонує Страхувальникові внести зміни до умов Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж.

**16.10.** Зміною страхового ризику (ступеня страхового ризику) вважається будь-яка зміна даних та (або) обставин, зазначених Страхувальником у заяві про страхування, наприклад:

16.10.1. зміна Застрахованою особою посади або посадових обов'язків, переведення на іншу роботу, інше підприємство, в структурний або відокремлений підрозділ, доручення виконання Застрахованою особою роботи на іншому механізмі або агрегаті;

16.10.2. заняття видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя та здоров'я тощо;

16.10.3. встановлення групи інвалідності, встановлення недієздатності, виявлення онкологічного захворювання або інших захворювань, які віднесені до переліку виключень згідно цих Правил;

16.10.4. інші істотні обставини, які можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання Договору страхування взагалі або щодо укладання Договору на узгоджених із Страхувальником умовах.

**16.11.** При збільшенні ступеня страхового ризику та внесення змін до умов Договору страхування Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховикові додатковий страховий платіж. У випадку невиконання Страхувальником цього зобов'язання Страховик має право ініціювати дострокове припинення дії Договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань за Договором страхування.

**16.12.** У разі відмови Страхувальника внести зміни до умов договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж Страховик має право достроково припинити дію договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування в порядку визначеному п.16.5.4 Правил та відповідно до умов договору страхування.

**16.13.** Якщо ступінь страхового ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за страховим випадком, що стався внаслідок такої зміни ступеня страхового ризику.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

**17.1.** Всі спори та розбіжності, які виникають за Договором страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а в разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до чинного законодавства України.

## **18. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

**18.1.** Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак, за згодою Сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать положенням цих Правил та чинному законодавству України.

**18.2.** За згодою сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил страхування та не суперечать чинному законодавству України.

**18.3.** Права та обов'язки Страховика та/або Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх правозастосування, повинні бути передбачені Договором страхування, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

**Додаток 1**  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я) (нова редакція)

**БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ  
ТА КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ ДО БАЗОВИХ СТАХОВИХ ТАРИФІВ**

**1. БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ (Бт)** за послугами, які можуть бути включені до Опцій Програми страхування (при умові, що термін страхування - 1 рік), % від страхової суми:

Таблиця 1.1

Перелік базових послуг, які можуть бути включені до Опцій Програми страхування:		Бт,% від страхової суми
1.1.	послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги	від 0,01 - 2%
1.2.	невідкладна стаціонарна допомога	від 0,01 - 1,8%
1.3.	планова стаціонарна допомога	від 0,01 - 2,0%
1.4.	амбулаторно-поліклінічна допомога	від 0,01 -4,0%
1.5.	медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах	2%
1.6.	стоматологічні допомога екстрена	20%
1.7.	стоматологічні допомога планова	20%
1.8.	діагностика та лікування ускладнень вагітності	0,06%
1.9.	діагностика та лікування доброякісних новоутворень	0,005%-0,01%
1.10.	діагностика та лікування злоякісних новоутворень	0,01%-0,07%
1.11.	діагностика та лікування туберкульозу	0,01%-0,05%
1.12.	діагностика та лікування цукрового діабету	0,01%-0,05%

Річний страховий тариф визначається множенням базового тарифу на коригуючі коефіцієнти відповідно до впливу нижчезазначених факторів на ступінь ризику.

**2. КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ**

2.1. В залежності від строку дії Договору страхування застосовується коефіцієнт короткостроковості (К1) за одним з варіантів, обумовленим Договором:

2.1.1. Варіант 1

Таблиця 2.1

Строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К1	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	1	1

При розрахунку неповний місяць дії Договору страхування рахується за повний, якщо інше не передбачено Договором страхування.

### 2.1.2. Варіант 2

Сума доплати страхового платежу на кожну (окрему) Застраховану особу ( $\Sigma$  доплати) розраховується за наступною формулою, якщо інше не передбачено Договором страхування:

$$СП = СП_0 / 365 * k, \text{ де}$$

**СП** – страховий платіж за період, що залишився до кінця дії Договору по відношенню до особи, яка приймається на страхування;

**СП<sub>0</sub>** – річний страховий платіж за Програмою страхування;

**365** – річний термін дії Договору (365 або 366), в днях;

**k** – кількість днів періоду дії Договору страхування щодо окремої Застрахованої особи.

3. Корируючий коефіцієнт андерайтера - понижувальний (від 0,01 до 1,0) та підвищувальний (від 1,01 до 10) - залежать від ступеня страхових ризиків, обраних Програм страхування, переліку опцій та послуг, що входять до них за програмами страхування та інших обставин, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, серед яких, але не обмежуючись:

- 1) кількість Застрахованих осіб
- 2) розмір страхової суми, а також встановлені ліміти відповідальності за Договором страхування;
- 3) рівень медичних (в т.ч. лікувально-профілактичних) закладів, в яких буде надаватися медична допомога;
- 4) стан здоров'я Застрахованої особи, з урахуванням попереднього медичного огляду, виду і тяжкості захворювання, віку, статі;
- 5) місце (територія) дії Договору страхування;
- 6) умови та особливості праці Застрахованої особи;
- 7) заняття спортом Застрахованою особою;
- 8) перелік виключень, обмежень за Договором страхування;
- 9) наявність додаткових Опцій в Програмі страхування;
- 10) франшизи, встановлені в Договорі страхування.

4. Страховий тариф розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на корируючі коефіцієнти та зазначається в Договорі страхування. Максимальний розмір страхового тарифу не може перевищувати 80% від загальної страхової суми за Договором страхування.

5. Максимальна величина нормативу витрат на ведення справи складає 50% від величини страхового тарифу та зазначається в Договорі страхування.

6. Конкретний розмір страхового тарифу встановлюється за згодою сторін в Договорі страхування.

Актурій

Ю.О. Іванько (Свідоцтво №01-017 від 08.10.2015р.)





Прошито, пронумеровано,  
скріплено печатною та підписом  
*Я.Г. Ніколов*  
Голова Правління  
Я.Г. Ніколов

*Я.Г. Ніколов*