ЗАТВЕРДЖЕНО
Рішенням Правління
Приватного акціонерного товариства
"Страхова компанія "Еталон"
від 18.10.2024 р. № 03/24-10/40

Голова Правління
_____О.О. Кравченко

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Страховий продукт "Медичне страхування" є нестандартним страховим продуктом, що задовольняє індивідуальні потреби та вимоги клієнтів. Укладення Договору страхування з індивідуальними умовами для Страхувальника можливо, якщо ці умови прямо передбачені в Договорі, погоджені між Сторонами та не суперечать законодавству України. Страхування за Загальними умовами страхового продукту "Медичне страхування" (надалі – **ЗУСП**) здійснюється відповідно до Закону України "Про страхування" (далі – Закон), в межах **Класу страхування 2** "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)" та ліцензії на здійснення діяльності зі страхування (Витяг Національного банку України із державного реєстру фінансових установ від 04.06.2024 р. щодо переліку фінансових послуг, які може надавати небанківська фінансова установа Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Еталон" (далі – **Страховик**) а саме: "Діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестрахування)" (далі – Витяг).

1.2. Положення цих ЗУСП поширюються на Договори медичного страхування (далі разом з усіма його невід'ємними частинами у вигляді додатків – **Договір**), укладені з дати затвердження цих ЗУСП по дату, яку зазначає Страховик в назві гіперпосилання на ЗУСП на веб-сайті в мережі Інтернет: http://www.etalon.ua/c39d355dc36f5a26d2fd1c7c4f9221f/zagalni_umovy/dobrovilne_ms/ як кінцеву дату, або по поточну дату, якщо кінцева дата не зазначена, незалежно від строків дії таких Договорів.

1.3. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. За згодою Сторін Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на підставі Заяви на страхування (далі – **Заява**) на умовах, визначених в **Розділі 4** цих ЗУСП. Страхувальник несе відповідальність за достовірність відомостей, наведених в Заяві (наданих при укладанні Договору).

1.4. Підписанням Договору відповідно до умов, передбачених цими ЗУСП, Страхувальник:

a) підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик (страховий посередник) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:

- зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1 - 5 ст. 7 Закону України “Про фінансові послуги та фінансові компанії ”;
- з інформацією про страховий продукт "Медичне страхування", що розміщена на веб-сайті Страховика;
- з інформацією, що передбачена ст.87, ст.88 Закону України "Про страхування", в тому числі: про перелік послуг із страхування, що пропонуються Страховиком, про будь-які інші платежі, які клієнт зобов'язаний сплатити у разі укладання Договору; про вид винагороди, яку отримує працівник з реалізації, про порядок та умови її виплати, про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг тощо. Зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика за посиланням: http://www.etalon.ua/infoclient є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

b) підтверджує, що вся вищезазначена інформація та всі умови Договору є зрозумілі, не містять двозначних формулювань; укладання Договору не нав’язане йому іншою особою (в тому числі Застрахованою особою); Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;

c) на виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:

- на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування) з метою виконання Договору, а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення

прямих контактів з ним засобами зв'язку;

– на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

– на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника.

1.5. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Інформаційного центру Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту info@etalon.ua, адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12, або за посиланням http://www.etalon.ua/off-line/press_centre/otziv/r.php. Порядок звернень, а також порядок і терміни їх розгляду передбачений в Порядку звернень (скарг) споживачів, розміщений за посиланням: http://www.etalon.ua/infoclient.

Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection, або до суду.

Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: **0 800 505 240**. E-mail: nbu@bank.gov.ua, Web-сайт: www.bank.gov.ua.
Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: **(044) 279 12 70**. E-mail: gu@dpss.gov.ua, Web-сайт: www.dpss.gov.ua

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ

Якщо умовами конкретного Договору не передбачено інше, терміни та визначення вживаються в такому значенні:

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, зазначеним в Договорі, на умовах, передбачених таким Договором. Договором передбачена назва та контактні дані Асистуючої компанії. У випадку заміни Асистуючої компанії, Страховик зобов'язаний невідкладно повідомити про це Страхувальника і надати оновлені дані.

Асистуючі послуги - допомога (послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором, та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика.

Верифікація - заходи, що вживаються Страховиком з метою перевірки (підтвердження) належності Страхувальнику отриманих Страховиком ідентифікаційних даних.

Гостре захворювання – раптове порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи.

Загострення хронічної хвороби – стадія перебігу хронічної хвороби, що характеризується посиленням наявних симптомів або появою нових.

Застрахована особа – фізична особа, резидент або нерезидент України, на користь якої укладається Договір.

Ідентифікація – встановлення особи Страхувальника на підставі оригіналів або належним чином засвідчених копій документів, під час його звернення до Страховика з метою укладання договору страхування та/або отримання страхової виплати.

Інформаційно-телекомунікаційна система (далі - ІТС) - сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції.

Ліміт відповідальності – граничний розмір страхової виплати, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладенні Договору по Програмах страхування або окремих видах страхових послуг.

Медичний заклад – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад, що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Асистуючою компанією укладено договір про співпрацю.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи.
До зовнішнього впливу можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, отруйних комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Під **заподіянням шкоди життю, здоров'ю та працездатності внаслідок нещасного випадку** розуміють травматичне ушкодження здоров'я (травму, забій, рану, перелом, черепно-мозкова травму, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, в т.ч. отримані внаслідок дії іншої особи), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отрутними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, тощо.

Програма медичного страхування – перелік видів медичної допомоги та послуг певного обсягу та якості (опції), що надаються Застрахованій особі згідно з Договором.

Страхова виплата – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі.

Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором.

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

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

Страховий захист – зобов'язання Страховика за Договором щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку.

Франшиза (безумовна) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

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

3.2 **Об'єкт страхування** – здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи).

3.3 **Страховими ризиками** за Договором є:
3.3.1 непередбачене гостре захворювання Застрахованої особи, що потребує надання необхідної медичної допомоги;
3.3.2 загострення хронічної хвороби Застрахованої особи, що потребує надання необхідної медичної допомоги;
3.3.3 розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку, який трапився із нею під час дії Договору, та на території дії Договору;
3.3.4 необхідність звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії у інших випадках, передбачених Програмами страхування.

3.4 **Страховим випадком** за цими ЗУСП є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистуючої компанії або медичного закладу з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з метою отримання інших послуг, якщо це передбачено Програмою страхування, та отримання необхідної медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програми страхування та Лімітів страхування на території дії Договору.

3.5 Страхування за цими ЗУСП здійснюється на умовах комплексних Програм медичного страхування (далі – Програми страхування), опції яких додатково узгоджуються з кожним клієнтом індивідуально відповідно до його потреб. Програма страхування є Додатком до Договору та у разі його укладення стає його невід'ємною частиною.

3.6 Страхувальник може укладати Договір на свою користь та/або на користь третіх осіб (Застрахованих осіб), лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених законодавством. Застрахована особа, на користь якої укладено Договір, набуває прав та обов'язків Страхувальника згідно із Договором.

3.7 Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір на користь фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які внесені в Реєстр Застрахованих осіб (далі – Реєстр). Реєстр є невід'ємною частиною Договору, укладається у кількості примірників Договору (у разі укладення у паперовій формі).

3.8 **Страхова сума** встановлюється за згодою Сторін, на кожну Застраховану особу окремо відповідно до Програми страхування. В межах страхової суми на Застраховану особу Договором встановлюються **ліміти відповідальності**. Розмір страхової суми (лімітів відповідальності) та страховий тариф зазначається в Реєстрі.

3.9 **Строк дії страхового захисту –** 1 (один) рік, якщо інший строк не передбачений Договором. Строк дії Договору може складатись з періодів страхування. Страховий захист щодо окремої Застрахованої особи надається Страховиком протягом строку, зазначеному в Реєстрі, за такою особою, та який має закінчуватися датою закінчення строку дії Договору, якщо інше не передбачено Договором.

3.10 **Страховий тариф** визначається Страховиком на підставі даних, наданих Страхувальником для укладання Договору відповідно до тарифної політики Страховика.

3.11 **Страхова премія** за Договором сплачується у розмірі та у строки, передбачені у Договорі. У випадку сплати загального платежу частинами (по періодах страхування) Договором передбачаються особливості дії страхового захисту за Договором.

3.11.1 Договір набирає чинності з дати, зазначеної у Договорі як початок дії Договору (першого періоду страхування), але не раніше 00 год. 00 хв. (за київським часом) дати, наступної за датою надходження страхового платежу (його першої частини) на рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором.
3.11.2 Договором може бути передбачено, що якщо Страхувальник не сплатив страховий платіж (його першу частину за перший період страхування) у строк та в обсязі, що визначені Договором - такий Договір вважається таким, що не набув чинності, не залежно від того, які кошти і в які терміни будуть оплачені Страхувальником пізніше зазначених термінів з метою оплати страхового платежу за Договором. Інші умови набуття чинності Договору при оплати страхового платежу за періодами зазначаються в Договорі.
3.11.3 Договір закінчується о 24 год. 00 хв. дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення останнього періоду страхування, якщо інші обставини, передбачені Договором, не призвели до його дострокового припинення.

3.12 **Територією** дії Договору є територія України, яка на момент настання страхового випадку не є тимчасово окупованою територією та на якій присутні та функціонують місцеві органи влади та органи правопорядку України.

3.13 **Франшиза** – безумовна, встановлюється за згодою Сторін та передбачена Програмами страхування.

4. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. **Порядок укладання Договору у формі електронного документу.**
4.1.1. Договір оформляється у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію".
4.1.2. Договір та інші документи на виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (надалі - електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова “укласти”, “підписати”, “надати”, “передати”, “вручити”, які зустрічаються в тексті Договору, при використанні кваліфікованого електронного підпису (**КЕП**), удосконаленого електронного підпису (**УЕП**) (на період воєнного часу) передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений за допомогою ІТС Страховика та/або через електронний документообіг.
4.1.3. **Порядок укладання Договору із Страхувальником - фізичною особою.**
4.1.3.1 Для укладення Договору Страхувальник, попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою **п.1.4** цих ЗУСП, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в письмовій формі:
– **повідомляє** представнику Страховика, що відповідальний за реалізацію страхових послуг (далі – **представник Страховика**), інформацію про себе (прізвище, ім'я, по батькові, адресу реєстрації, дату народження, реєстраційний номеру облікової картки платника податку, номер (та за наявності - серія) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, номер мобільного зв’язку, адресу електронної пошти) та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;
– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

– **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

4.1.3.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору та формує його проект (надалі – Пропозиція), та надсилає її Страхувальнику засобами електронної комунікації. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати. Одночасно з Пропозицією, за допомогою ІТС Страховика, Страхувальнику надсилається **одноразовий ідентифікатор** на зазначений Страхувальником засіб електронного/мобільного зв'язку.

4.1.3.3 У відповідності до статей 207, 633, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України "Про електронну комерцію" безумовним прийняттям (**акцептом**) Страхувальником Пропозиції Страховика укласти Договір вважається підписання Договору шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

4.1.3.4 Страхувальник підтверджує свою згоду з умовами викладеними в Пропозиції та надає дозвіл на використання та обробку його персональних даних шляхом повідомлення представнику Страховика одноразового ідентифікатору. Представник Страховика перевіряє дані викладені в Пропозиції, після чого вносить отриманий ідентифікатор у спеціальне поле Договору в ІТС Страховика та активує/підтверджує його внесення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника (одноразовий ідентифікатор) відображається в Договорі.

4.1.3.5 Особа, уповноважена Страховиком на підписання договорів страхування, підписує зі своєї сторони Договір шляхом накладання КЕП (УЕП), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання.

4.1.4. **Порядок укладання Договору із Страхувальником - юридичною особою.**

4.1.4.1 Для укладення Договору Страхувальник (його уповноважена особа), попередньо ознайомившись з інформацією, передбаченою **п.1.4** цих ЗУСП, надає Страховику Заяву про намір укласти Договір, а саме в письмовій формі:

– **повідомляє** представнику Страховика повне найменування, П.І.Б підписанта Договору, код з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), місцезнаходження, реквізити банку, в якому відкрито рахунок, і номер поточного рахунка, дату та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, П.І.Б. та номер мобільного зв'язку контактної особи Страхувальника, адресу електронної пошти та **надає документи**, які відповідно до законодавства необхідні для ідентифікації та верифікації Страхувальника;

– **інформує** про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків);

– **надає** йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, у тому числі про наявність страхового інтересу до об'єкту страхування.

4.1.4.2 Страховик, на підставі отриманої Заяви приймає рішення про укладання Договору, формує його проект (надалі – Пропозиція) та надсилає її Страхувальнику у вигляді електронного повідомлення. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.

4.1.4.3 Страхувальник узгоджує умови, викладені в Пропозиції шляхом накладення на Договір **КЕП (УЕП** (на період воєнного часу), із кваліфікованою електронною позначкою дати та часу підписання, та надсилає документи Страховику у вигляді електронного повідомлення.

4.1.4.4 Уповноважена особа Страховика зі свого боку підписує Договір **КЕП (УЕП (**на період воєнного часу) та надсилає підписаний обома Сторонами примірник Договору Страхувальнику.

4.1.5. При оформленні електронних документів Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

– здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування КЕП (УЕП (на період воєнного часу) уповноважених осіб;

– кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси;

– кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього КЕП (УЕП (на період воєнного часу);

– підписаний обома Сторонами Договір направляється Страхувальнику у формі електронного документу на зазначений Страхувальником засіб електронного зв'язку. Сторони домовилися, що відправка підписаного Договору у формі електронного документу є належним врученням Договору Страхувальнику. Дата, час, факт відправлення Договору Страхувальнику зберігається в електронній базі Страховика;

– якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

4.1.6. На письмову вимогу Страхувальника копія Договору у формі електронного документу може бути відтворена на паперовому носії протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. Страховик здійснює вручення такої копії, завіреної підписом уповноваженого представника Страховика.

4.2. **Порядок укладання Договору у формі паперового документу.**

4.2.1. За цим Розділом діють п.п. 4.1.3.1, 4.1.4.1 цих ЗУСП.

4.2.2. На підставі даних, отриманих в Заяві, Страховик приймає рішення про укладання Договору.

4.2.3. Договір укладається у формі паперового документа з проставленням власноручних підписів Сторін.

4.2.4. Примірник Договору, укладеного у паперовій формі, надається Страховиком Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами безпосередньо в офісі Страховика або поштовим відправленням на зазначену

Страхувальником поштову адресу.

4.3. **Основні критерії, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику:**

4.3.1. вид діяльності страхувальника – юридичної особи, географічне розташування;
4.3.2. бажаний рівень медичних закладів;
4.3.3. професія, вікова категорія Застрахованих осіб;
4.3.4. наявність інших чинних договорів страхування щодо об'єкту страхування;
4.3.5. стан здоров'я Застрахованої особи;
4.3.6. обставини, які змінилися настільки, що, якби вони були відомі при укладенні Договору, то цей Договір взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених;
4.3.7. наявність ознак, передбачених **п. 12.1** цих ЗУСП, що підпадають під обмеження страхування;
4.3.8. індивідуально погоджені опції страхування, передбачені Програмою(-ами) страхування;
4.3.9. перелік застрахованих осіб;
4.3.10. розмір страхової суми (лімітів відповідальності);
4.3.11. строк дії Договору;
4.3.12. оплата страхової премії (одноразово, по періодах).

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1 **Страхувальник має право**:

5.1.1 на етапі укладення і протягом дії Договору отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

5.1.2 ініціювати внесення змін до Договору та на дострокове припинення дії Договору з письмовим повідомленням Страховику про причини такого рішення в порядку, передбаченому цими ЗУСП та лише у випадках, передбачених частиною 2 ст. 634 Цивільного кодексу України. Заміна Застрахованої особи можлива лише до настання страхового випадку з такою Застрахованою особою за наявності письмової згоди Застрахованої особи, що замінюється та Страховиком. Процедура заміни Застрахованої особи передбачена Договором;

5.1.3 у випадку втрати Договору у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката (у разі укладання Договору в паперовій формі);

5.1.4 вимагати від Страховика оплату медичних послуг певного переліку і якості в обсязі Програми страхування, що передбачена Договором;

5.1.5 звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги.

5.2 **Страхувальник зобов'язаний:**

5.2.1 сплачувати страхову премію у порядку і строки, встановлені Договором;

5.2.2 ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування;

5.2.3 протягом строку дії Договору письмово повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику відповідно до **п.7.3** цих ЗУСП;

5.2.4 письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкту Договору, як на момент укладання так і під час дії Договору;

5.2.5 в межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та провадити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

5.2.6 дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

5.3 **Застрахована особа має право:**

5.3.1 у разі настання страхового випадку отримувати медичну допомогу належної якості, в обсягу Програм страхування та в межах Лімітів відповідальності, які передбачені Договором;

5.3.2 провести під час лікування заміну лікувально-профілактичного закладу або лікаря за згодою Сторін;

5.3.3 повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у медичному закладі.

5.4 **Застрахована особа зобов'язана:**

5.4.1 суворо дотримуватися інструкцій Асистуючої компанії або Страховика, що їх даватимуть у разі настання страхового випадку;

5.4.2 проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому надається медична допомога;

5.4.3 турбуватися про збереження страхових документів (Картки Застрахованої особи тощо) і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

5.4.4 у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

5.4.5 достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я та існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

5.4.6 надавати Страховику, Асистуючій компанії можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;
5.4.7 повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені **Розділом 9** цих ЗУСП.
5.5 **Страховик має право**:
5.5.1 перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником (Застрахованою особою) відомостей, іншу інформацію, надану Страхувальником, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику;
5.5.2 вимагати проведення попереднього медичного обстеження Застрахованих осіб з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику;
5.5.3 у разі підвищення ступеня страхового ризику щодо об'єкту Договору запропонувати Страхувальнику внести зміни в умови Договору відповідно до **Розділу 7** цих ЗУСП;
5.5.4 направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
5.5.5 повністю або частково відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених **п.11.1** цих ЗУСП;
5.5.6 відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати у випадках, передбачених Договором;
5.5.7 у разі сплати страхового платежу частинами, при здійсненні страхової виплати утримати зі Страхувальника неоплачену частину страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором.
5.6 **Страховик зобов'язаний**:
5.6.1 ознайомити Страхувальника з цими ЗУСП та умовами Договору;
5.6.2 видати Страхувальнику Договір за встановленою Страховиком формою, а в разі його втрати – дублікат Договору (у разі укладання Договору у паперовій формі);
5.6.3 у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору рішення про визнання або невизнання випадку страховим;
5.6.4 у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором;
5.6.5 за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі збільшення страхової суми внести зміни в Договір;
5.6.6 забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, не розголошуввати відомостей про Страхувальника, про стан здоров'я Застрахованих осіб, з урахуванням вимог Закону.
5.7 За згодою Сторін умовами Договору можуть бути передбачені також інші права та/або обов'язки Сторін, які не суперечать законодавству та цими ЗУСП.

6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

6.1 За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
6.2 Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01%** від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

7.1 Зміни умов та доповнення до Договору в період його дії (зміни страхової суми, строку дії Договору тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладення додаткового договору до Договору або переукладення Договору страхування.
7.2 Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору і укладається у кількості примірників Договору страхування (при укладенні Договору в паперовій формі).
7.3 Протягом строку дії Договору Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо (якщо інший строк не передбачено умовами Договору), письмово повідомити Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику та/або інші обставини, що впливають на розмір страхової премії.
7.4 Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачено Договором, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов Договору або про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії Договору на попередніх умовах.
7.5 У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у Договір Страховик має право на отримання від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу.

7.6 Страхувальник, якому запропоновано змінити умови Договору, зобов'язаний протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів сплатити додатковий страховий платіж.
7.7 У випадку відмови Страхувальника внести зміни до Договору та сплатити додаткову страхову премію, Страховик має право достроково припинити дію Договору на підставі невиконання Страхувальником умов Договору відповідно до цих ЗУСП.
7.8 Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.
7.9 Зміни до Договору надаються Страхувальнику у тому самому порядку, що і Договір, до якого зміни вносяться. Будь-які пропозиції Страховика Страхувальникові щодо зміни умов Договору здійснюються шляхом направлення Страховиком Страхувальникові повідомлення в письмовій формі засобами електронного зв'язку протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про внесення змін до Договору.
7.10 Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
7.10.1 закінчення строку дії Договору;
7.10.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
7.10.3 несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором строки, з урахуванням положень, зазначених у ньому;
7.10.4 ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи, за винятком випадків, передбачених статтею 100 Закону;
7.10.5 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
7.10.6 набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
7.10.7 в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.
7.11 Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою однієї зі Сторін. Порядок дострокового припинення дії Договору та розрахунків між Сторонами визначається згідно зі статтею 105 Закону. Максимальна частка Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов Договору становить **60%** від страхової премії.
7.12 У разі прийняття рішення Страховиком про дострокове припинення Договору, повернення страхової премії (її частини) здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором, з дня отримання Страховиком оригіналів документів (заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику, у випадку укладання Договору в паперовій формі). Залежно від обставин дострокового припинення Договору, Страховик може запросити додаткові документи, про що робиться обґрунтований запит.
7.13 При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником та Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення при визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

8. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1 Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:
8.1.1 договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;
8.1.2 випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором.
8.2 Про намір відмовитись від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.
8.3 Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
8.4 У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не передбачений Договором, з дня отримання Страховиком заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

9. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1 У випадках, що мають ознаки страхових та передбачені цими ЗУСП, Застрахована особа повинна якнайшвидше звернутися до Асистуючої компанії за телефоном, що зазначений в Картці Застрахованої особи та отримати інформацію щодо подальших дій.
9.2 Медичні послуги Застрахованій особі надаються медичними закладами за умови пред'явлення нею представникам медичного закладу таких документів:
- письмового направлення лікаря-експерта Асистуючої компанії (якщо надання медичних послуг не було попередньо домовлено по телефону);
- Договору (у разі укладення Договору у паперовій формі) або Картки Застрахованої особи;
- документу, що посвідчує особу.

9.3 Якщо Застрахованій особі необхідна невідкладна або екстрена медична допомога, а повідомити про це

неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистуючій компанії або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

9.4 Умовами Договору можуть бути передбачені інші дії Страхувальника у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, що не суперечать законодавству України та цими ЗУСП.

10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

10.1.1. перерахування коштів на рахунок Асистуючої компанії, медичного або іншого закладу, який надав послуги, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги. Форма вказаних документів і порядок розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистуючою компанією або іншим закладом, що надав послуги;

10.1.2. відшкодування Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних послуг у разі самостійної їх оплати за умови надання всіх документів, що перераховані у **п.10.9** ЗУСП та підтверджують факт настання страхового випадку, факт і розмір оплати медичних послуг.

10.2. Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі документів, перерахованих у **п.10.9** цього Договору, за умови попереднього погодження медичної допомоги та медичних послуг з Асистуючою компанією/Страховиком у медичних закладах відповідної категорії зі списку Страховика, наведеному у Договорі.

10.3. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних послуг чи придбала медикаменти за виписаними лікуючим або довіреним лікарем Страховика або Асистуючої компанії рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі документів, зазначених у **п.10.9** цих ЗУСП.

10.4. При одержанні медичних послуг без попереднього погодження з Асистуючою компанією або Страховиком – вартість таких послуг (при наявності документального підтвердження витрат) оплачується в розмірі вартості аналогічних послуг в розрахунковій клініці, що визначена в Додатку 2 до Договору у межах лімітів Програми страхування.

10.5. Призначені лікуючим лікарем за медичними показаннями медикаменти оплачуються відповідно до умов Договору.

10.6. При наявності в Програмі страхування франшизи, виплата здійснюється за виключенням відповідної її частки за тим видом медичної допомоги, за яким вона встановлена. Розмір вирахуваної франшизи може сплачуватися Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання послуг.

10.7. Застрахована особа зобов'язана повернути протягом 30 календарних днів Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, що за законом або Договором повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на страхову виплату.

10.8. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у **п.10.9** ЗУСП, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті.

10.8.1. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик у 5 (п’яти)денний термін з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Застраховану особу, в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

10.8.2. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати вона здійснюється Застрахованій особі протягом 7 (семи) робочих днів з дня підписання страхового акту.

10.8.3. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про виплату/відмову у страховій виплаті у наступних випадках:

– якщо правоохоронними органами відкрито кримінальне провадження за фактом настання страхового випадку і триває розслідування обставин, які призвели до збитку, — строк на прийняття рішення рахується з дати закриття кримінального провадження, одержання Страховиком вироку (рішення) суду, що набрав(-ло) законної сили, або визнання вини особисто Страхувальником (Застрахованою особою);

– якщо об'єм і характер шкоди не відповідає причинам і обставинам страхового випадку — до з’ясування фактичного розміру (на період проведення страхового розслідування з письмовим повідомленням Страхувальника про таке рішення, але не більше, ніж на 90 (дев’яносто) календарних днів з дня отримання останнього з усіх необхідних документів, передбачених **п. 10.9** цих ЗУСП.

10.9. Для одержання страхової виплати у разі самостійної сплати послуг Застрахована особа надає Страховику:

10.9.1. <u>оригінали таких документів:</u>

– письмову заяву про страхову виплату;

10.9.2. <u>для копіювання оригінали або належним чином посвідчені копії документів:</u>

– паспорт та довідку про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків особи, яка звернулась за страховою виплатою;
– свідоцтво про народження (для дитини);
– Договір (у разі укладання в паперовій формі)/Картка Застрахованої особи (для ознайомлення);
– медична довідка (виписка з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційний висновок тощо);

- рецепти на придбання ліків;
- рахунки медичних закладів, що підтверджують вартість медичних чи інших послуг;
- квитанції, чеки або інші платіжні документи, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію медичної установи, що надала платні медичні послуги Застрахованій особі (окрім державних та відомчих медичних установ);
- копію ліцензії(ій) медичної установи на всі види послуг, які були надані та сплачені Застрахованою особою (окрім державних та відомчих медичних установ);
- копію свідоцтва медичної установи про сплату єдиного податку, якщо медична установа зареєстрована як фізична особа підприємець;
- інші документи на запит Страховика.

10.10. Документи, що перераховані у **п.10.9** цих ЗУСП повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати Застрахованою особою вартості медичних послуг або медикаментів.

10.11. Якщо існували поважні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо з обґрунтуванням причин затримки. Поважними вважатимуться, зокрема, такі причини як: перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо.

10.12. Виплата здійснюється в межах страхової суми та Лімітів відповідальності, обумовлених Програмою страхування.

10.13. У разі здійснення страхової виплати страхова сума на відповідну Застраховану особу та Ліміт(-и) відповідальності Страховика зменшуються на розмір страхової виплати з дати настання страхового випадку.

10.14. Неподання документів, зазначених у **п.10.9** цих ЗУСП, дає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати в частині, що не підтверджена такими документами.

10.15. Документи, що подаються для отримання страхової виплати, мають бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик (його представник), оформлені та засвідчені належним чином.

10.16. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані не в повному обсязі та/або в належній формі, або оформлені з порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення щодо страхової виплати не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей та/або порушень Страховик повідомляє одержувача страхової виплати протягом 5 (п’яти) робочих днів з дня отримання відповідних документів.

11. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1 Підставами для відмови у страховій виплаті є:

11.1.1 навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація вказаних вище дій встановлюється відповідно до законодавства України;

11.1.2 вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладений Договір, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

11.1.3 подання Страхувальником неправдивих відомостей про об’єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

11.1.4 шахрайство, інша незаконна діяльність Страхувальника або особи, на користь якої укладений Договір, спрямовані на отримання незаконної вигоди від страхування;

11.1.5 несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання події, що має ознаки страхового випадку без поважних причин, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку;

11.1.6 невиконання або неналежне виконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із зобов’язань, що передбачені Договором;

11.1.7 наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими ЗУСП;

11.1.8 наявність інших підстав, встановлених законодавством.

11.2 Умовами Договору можуть передбачатися також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України та цими ЗУСП.

12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. **На страхування не приймаються:** особи, визнані у встановленому порядку недієздатними; особи, які є інвалідами I – II групи; особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, спинного мозку, ураження нервової системи, наслідки перенесеного менінгоенцефаліту), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих медичних закладах (диспансерах (включаючи,

але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).
12.2. Страховик має право достроково припинити дію Договору на умовах, передбачених цими ЗУСП, якщо буде виявлено факт відношення Застрахованої особи до груп, зазначених в **п.12.1** цих ЗУСП.
12.3. **До страхових випадків не належать і виплата не здійснюються**, якщо звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії відбулося у зв'язку з:
12.3.1. отриманням медичних послуг, що не передбачені Програмами страхування; що виникли поза межами та/або поза строком дії Договору та їх наслідками;
12.3.2. захворюванням або травмою, що стали наслідком скоєння Застрахованою особою дій у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;
12.3.3. захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину. Встановлення наявності або відсутності ознак умисного злочину в діях Застрахованої особи судом має пріоритет над рішеннями (постановами тощо) правоохоронних органів;
12.3.4. замахом на самогубство, навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено слідчими органами;
12.3.5. ушкодженнями або хворобами, які прямо чи непрямо виникли внаслідок військових та пов'язаних з ними ризиків та їх наслідків: війною, вторгненням, ворожими актами або військовими діями (незалежно від того оголошено війну чи ні), військовими маневрами, терористичними актами, громадянською війною, страйком чи громадським заворушенням; заколотом, військовим або народним повстанням, бунтом, революцією, громадським заворушенням у масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпацією влади, введенням військової влади або військового положення або стану облоги, або будь-якою подією або причиною, результатом якої стало оголошення військового положення або стану облоги; будь-яких військових маневрів, навчань або інших військових заходів, дії мін, торпед, бомб та/або інших знарядь війни, вибухових речовин;
12.3.6. одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у несанкціонованих мітингах і демонстраціях;
12.3.7. одержанням травми внаслідок занять екстремальними видами спорту, участі Застрахованої особи у спортивних заходах. Спортивними заходами, в контексті цих ЗУСП, визнаються такі, що офіційно проводяться у встановленому порядку та контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі тощо) та інші спортивні дії за участю спортсменів, якщо інше не передбачене Програмою страхування;
12.3.8. захворюваннями, пов'язаними з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією Застрахованої особи, незалежно від термінів встановлення таких діагнозів;
12.3.9. ушкодженнями або хворобами, які прямо чи непрямо виникають внаслідок дії матеріалів ядерної зброї, ядерної енергії, іонізуючої радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива, чи від будь-яких ядерних відходів від спалення ядерного палива. Лише в рамках цього виключення, спалення включає будь-який самоплинний процес ядерного поділу;
12.3.10. захворюваннями, пов'язаними з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями (згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 р.), незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
12.3.11. доброякісними та злоякісними онкологічними захворюваннями, новоутвореннями, в т.ч. онкогематологічної природи, доброякісними захворювання (D10-D36), захворюваннями крові, туберкульозом, якщо інше не передбачене Програмою страхування;
12.3.12. захворюваннями, які потребують проведення лікування виключно в медичних установах закритого типу;
12.3.13. хворобами, що потребують постійного медикаментозного, замісного лікування, трансплантації (окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), протезування, хвороби серця, хронічна ниркова, печінкова недостатність, атеросклероз, кардіосклероз, вегето-судинні дистонії, нейро-циркуляторні дистонії, виразкові коліти, хвороба Крона, подагра;
12.3.14. діагностикою та лікуванням захворювань, що передаються статевим шляхом відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, такими як: венеричні захворювання та їх ускладнення: сифіліс, гонококова інфекція, лімфогранульома (венерична), шанкроїд, пахова гранульома та змішані інфекції, до складу яких входять збудники, перелічені вище; інші інфекційні захворювання, що передаються переважно статевим шляхом: сечостатевий хламідіоз, уреоплазмоз, сечостатевий трихомоніаз, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві кондиломи, генітальний контагіозний молюск, гарднерельний вагініт, урогенітальний шигельоз гомосексуалістів, лобковий педикульоз, короста;
12.3.15. захворюваннями, обумовленими вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ, СНІД) та іншими імунодефіцитними станами;
12.3.16. загостреннями хронічних хвороб (якщо випадок загострення стався до початку дії Договору), якщо інше не передбачене Програмою страхування;
12.3.17. діагностикою та лікуванням вірусних гепатитів (крім гепатиту А), цирозу, гепатозу;

12.3.18. уродженими аномаліями (вадами розвитку), деформаціями й хромосомними порушеннями, перинатальними пошкодженнями та їх наслідками, крім випадків, коли невідкладна медична допомога пов'язана із зняттям гострого болю;

12.3.19. патологіями з'єднувальної тканини, ревматизмом, ревматоїдними артритами, і т.ін (а саме такі, що належать до переліку М00 – М94 згідно з Міжнародним Класифікатором Хвороб (МКХ-10), аутоімунними захворюваннями;

12.3.20. віковими дегенеративно-дистрофічними змінами і захворюваннями (катаракта, глаукома, пневмосклероз, остеопороз, остеохондроз, сколіоз, кіфоз, лордоз, плоскостопість та ін.), якщо інше не передбачено Програмою страхування;

12.3.21. психічними, психоневрологічними та психосоматичними хворобами та розладами, функціональними розладами психіки, що включають всі види розумових хвороб та станів, включаючи, але не обмежуючись такими: нейроінфекції, розсіяний склероз, дистрофічно-дегенеративні захворювання нервової системи, шизофренія, розлад особистості, порушеннями сну, мови тощо;

12.3.22. нормальними або патологічними вагітністю, пологами, штучним перериванням вагітності (за винятком абортів за медичними показаннями та випадків, коли при зазначених станах медична допомога має бути надана для усунення загрози життю Застрахованої особи);

12.3.23. дисплазія молочної залози (N60), незапальні хвороби жіночих статевих органів (N80-N98): дисплазія шийки матки, ендометріоз, ерозії, кісти, полікістози яєчників, поліпи статевих органів, та інше;

12.3.24. будь-якою медичною допомогою, що безпосередньо чи опосередковано пов'язана з чоловічим/жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, еректильні дисфункції, штучним запліднення, сексуальними дисфункціями, клімаксом, синдромом виснажених яєчників, порушеннями менструального циклу (аменорея, гіпоменорея, гіперменорея тощо), галакторією, а також контрацепційних операцій (встановлення внутрішньо маткової спіралі, операціях стерилізації), операцій по зміні статі, визначення гормонів репродуктивної панелі, а також діагностику та лікування дисгормональних станів (аденома простати, фіброміома, мастопатія, гіперпролактинемія, гіперандрогеніяу, ожирінням, якщо інше не передбачене Програмою страхування.

12.3.25. іншими подіями, передбаченими Договором за згодою Сторін та які відповідають об'єкту страхування за цими ЗУСП.

12.4. **Дія страхового захисту не поширюється** на звернення до Асистуючої компанії або Страховика з метою оплатити вартість:

12.4.1. операцій, пов'язаних з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з аутотрансплантації, окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), протезування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;

12.4.2. діагностики, лікування, маніпуляцій, операцій та ін. по усуненню косметичних дефектів, у тому числі з метою поліпшення психологічного стану Застрахованої особи, із приводу захворювань шкіри й волосся (мозолі, бородавки, контагіозні молюски, невуси, папіломи, ліпоми, гемангіоми, алопеція та ін.), а також склеротерапії вен; корекції ваги та лікування і профілактики целюліту, косметичних процедур, операцій та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, пластичних і реконструктивних операцій (в т. ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, вазопластика);

12.4.3. операцій на серці, якщо інше не передбачено Програмою страхуваня;

12.4.4. експериментального лікування, застосування лазерних технологій, екстракорпоральних методів лікування, у тому числі програмного гемодіалізу; гідроколонотерапії; озонотерапії; гіпербаричної й нормобаричної оксигенації, рефлексотреапії, гіпокситерапії;

12.4.5. самолікування, у т.ч. придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів, відвідування медкомісій для отримання довідок водіїв, допризовників і призовників, для одержання дозволу на носіння зброї, відвідування басейну тощо;

12.4.6. хірургічної корекції зору, у тому числі із застосуванням лазера; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології; планових хірургічних операцій ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

12.4.7. реабілітації;

12.4.8. зубопротезування й підготовки до нього, включаючи видалення та депульпацію зубів, терапевтичне та хірургічне лікування тканин пародонту, заміну старих пломб без медичних показань та ін.; відновлення зруйнованої більш ніж на 50 % коронки зуба, імплантація зубів, за виключенням протезування, що є наслідком нещасних випадків які сталися протягом дії Договору. Послуги, що надаються з профілактичною метою (герметизація фісур, зняття зубних відкладень, покриття зубів фторовмісними препаратами й лаками та ін.) та в косметичних (косметичне відновлення зубів, у тому числі із застосуванням вінірів і ламінатів, відбілювання зубів тощо) цілях. Лікувальні маніпуляції на зубах, які вкриті ортопедичними та/або ортодонтичними конструкціями. Усунення ортодонтичних порушень у дітей та дорослих, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

12.4.9. методів народної, нетрадиційної медицини, що використовуються з метою діагностики (акупунктурна, аурикуло-, термопунктурна, електропунктурна, пульсова, ірідо-, мануальна, голкорефлексотерапія,

енергоінформатика тощо), лікування (гірудотерапія, апітерапія, гіпноз тощо) та/або оздоровлення (цугу-терапія, керування подихом, музико-терапія тощо), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
12.4.10. лікувально-оздоровчих заходів, призначених з метою профілактики захворювань, санаторно курортного, бальнеологічного лікування (включаючи консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
12.4.11. послуг з педикюру, остеопатії, психотерапевта, психолога, дієтолога, генетика, логопеда, імунолога;
12.4.12. моральної шкоди та/або упущеної вигоди.
12.4.13. витрат за виклик бригади швидкої медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, що діє від імені та/або в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також при відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;
12.4.14. лікування, послуг або товарів, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання,
12.4.15. діагностики та лікування поза стадією загострення захворювання, в стадії ремісії, а також первинного чи повторного медичного обстеження Застрахованої особи за її власним бажанням, без медичних показань (при відсутності призначення лікаря), якщо інше не передбачено Програмою страхування.
12.4.16. інших медичних послуг, прямо передбачених в Договорі за згодою Сторін.
12.5. **Страховик не організовує** та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:
12.5.1. забезпечення лікарськими засобами, що не зареєстровані в Україні;
12.5.2. забезпечення лікарськими засобами, без призначення лікаря;
12.5.3. забезпечення лікарськими засобами та витратними медичними матеріалами, що призначені з профілактичною метою, а також лікування поза стадією загострення захворювання, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
12.5.4. стимуляторів загальної дії (Бальзам Бітнера, Біовіталь тощо), біологічно активних добавок (бадів) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статинів, крім випадків захворювання гострим інфарктом міокарду протягом 1-го місяця), простагландинів, імуномодуляторів, біостимуляторів, адаптогенів, психотропних (нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
12.5.5. хондропротекторів, гепатопротекторів, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
12.5.6. інших медичних препаратів, медикаментів та товарів медичного призначення, передбачених Договором
12.5.7. трансплантатів, протезів, ортезів, ендопротезів, стентів, клапанів, штучних водіїв ритму, кардіостимуляторів, імплантатів та ряду інших аналогічних медичних виробів, а також витрати на придбання медичного устаткування, зорової оптики (окуляри, лінзи та інш.), тонометрів, інгаляторів, термометрів, еластичних бінтів, медичного устаткування (наборів для анестезії, емболізації, артроскопічні набори, лапароскопічні, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо), слухових апаратів та медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (протезів, милиць, корсетів, комірців, памперсів, колясок тощо), їх ремонт або прокат, якщо інше не передбачено Програмою страхування.
12.6. Медичні послуги, за одним страховим випадком, організовуються тривалістю не більше 30 діб з моменту проведення первинної консультації (окрім травм). Оплата медикаментів по конкретній нозології здійснюється Страховиком тільки у кількості, необхідній для курсу лікування . Початком курсу лікування вважається дата початку прийому медичних препаратів відповідно до встановленого діагнозу та призначеного курсу лікування. Застосування двох і більше аналогічних препаратів протягом курсу лікування відшкодуванню не підлягають. При необхідності тривалого курсу медикаментозного лікування, якщо це передбачено Програмою страхування, лікарські засоби виписуються поетапно, на кожен курс лікування (на кожні 30 днів) за умови попереднього погодження такого тривалого медикаментозного лікування з Асистансом/Страховиком.
12.7. За згодою Сторін умовами Договору можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків та обмеження страхування.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1 Спори, що виникають за Договором, вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди справа передається на розгляд суду за місцем знаходження Страховика у порядку, передбаченому законодавством України.
13.2 Питання, не обумовлені Договором та цими ЗУСП, регулюються законодавством України.

14. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

14.1 У разі настання події, що має ознаки страхового випадку Страхувальник інформує Страховика за телефоном:

0 800 305 800 (цілодобово, безкоштовно по Україні з мобільних та стаціонарних телефонів);
(044) 392 03 16

Адреса для листування: м. Київ, 03067, а/с № 12.