

Введено в дію
Наказом ПрАТ СК «АРСЕНАЛ»
№16-ОД від «09» вересня 2024 р.

Редакція: v.1-2024

Строк дії даної редакції: з 09.09.2024 р. до моменту скасування чи викладення в новій редакції
(згідно умов відповідного Наказу по ПрАТ СК «АРСЕНАЛ»)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Правління
ПрАТ СК «АРСЕНАЛ»
Афанасьєва М. П.
«09» вересня 2024 року

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ КЛАС СТРАХУВАННЯ 2

«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» (корпоративне)

(далі за текстом – «Загальні умови»)

Ці Загальні умови складені на підставі та у відповідності до вимог чинного законодавства України, Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 року за № 1909-IX зі змінами та доповненнями (далі – *закон або Закон України «Про страхування»*), нормативно-правових актів Національного банку України та відповідно до вимог Положення про внутрішню політику з андерайтингу та Положення про внутрішню політику з розроблення та впровадження страхових продуктів, що затверджені у Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «АРСЕНАЛ» (далі – *ПрАТ СК «АРСЕНАЛ» або Страховик*).

Ці Загальні умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «медичне страхування».

Відповідно до цих Загальних умов ПрАТ СК «АРСЕНАЛ» укладає Договори медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – *Договір страхування*).

Загальні умови є основою для укладення Договору страхування (його складовою частиною), враховуючи потреби в страхуванні, з урахуванням його складності, особливостей та специфіки.

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (зокрема визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. При застосуванні уточнень (конкретизацій) умови Договору страхування можуть містити відповідні застереження про такі індивідуальні уточнення.

Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами не є стандартним страховим продуктом. Страховик не розробляє, не затверджує та не надає Страхувальнику уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про стандартний страховий продукт.

Страховий продукт передбачений для задоволення потреб у медичному страхуванні фізичних осіб – працівників роботодавця та членів їх сімей, що має страховий інтерес на умовах, передбачених Договором страхування.

Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, зокрема засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика або в інший спосіб за домовленістю.

Страховик не пропонує цей страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного Договору страхування за цим страховим продуктом складає 65% страхового тарифу.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

В цих Загальних умовах за Класом страхування 2: «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» терміни та визначення, вживаються у такому їх значенні:

Альтернативна консультація - це консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку винятків), за яким вже є встановлений попередній та/або остаточний діагноз і надані рекомендації.

Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору та Програми страхування.

Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

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

Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Договір (Договір страхування) – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату особі, визначеній договором страхування або законодавством шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості, в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

Додаткові розхідні матеріали (витратні матеріали) – вироби медичного призначення, окрім наступного переліку: спирт, шприци та голки одноразові для ін'єкцій, катетери для системи кровообігу, засоби для

вливання крові; марля медична, пакети перев'язочні, пов'язки перев'язочні, вата медична, бинти марлеві, гіпсові бинти; лейкопластири; рукавички латексні (стерильні та нестерильні), рукавички спеціальні (вінілові, нітрилові); рентгенівські плівки; шовний матеріал; голки та набори для анестезії (епідуральний, спинальний); скальпелі, леза.

Екстремальні види спорту – види спорту, що несуть підвищену небезпеку для життя та здоров'я Застрахованої особи включаючи, але не обмежуючись заняття альпінізмом, скелелазінням, спелеологією; планеризмом, стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння»; верховою їздою, кінним спортом, катанням на тваринах; фрістайл-акробатикою; дайвінгом, підводними видами спорту чи розваг; мото- та автоспортом, а також іншими видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин; контактними видами спорту (боротьба вільна, боротьба греко-римська, рукопашний бій, традиційне карате, кікбоксінг, бокс, дзюдо, боротьба самбо); хокеєм з шайбою; важкою атлетикою; спортивною гімнастикою; багатоборством; регбі; гірськолижним (у т.ч. катання на сноуборді) та лижним спортом (крім бігових лиж); бобслеєм; катанням на ковзанах (крім непрофесійного катання в спеціально обладнаних для цього місцях); водним туризмом; слаломом; художньою гімнастикою; легкою атлетикою; стрільбою з лука; стендовою та кульовою стрільбою; фехтуванням; віндсерфінгом; вітрильним спортом; акробатикою; стрибками на батуті; велосипедним спортом (участь у будь-яких змаганнях та гонках з велоспорту; заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, BMX, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу та мотокросу).

Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин) стаціонарному лікуванні.

Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога – це комплекс заходів, що надається Застрахованій особі при гострому зубному болю, в екстреному порядку, при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до Страховика. Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога надається виключно при: гострому глибокому карієсі, всіх формах пульпітів, загостренні всіх хронічних форм періодонтитів, періоститі, альвеоліті, остеомієліті, перікоронаріті, флегмоні і абсцесі щелепно-лицьової області, невралгії трійчастого нерва, закупорці проток слинних залоз.

Загострення хронічного захворювання – період перебігу хронічного захворювання впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та/або іншого лікування до досягнення стадії ремісії, зняття стадії загострення, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я, структурних змін та функціональних розладів тканин та органів та/або загрожувати життю Застрахованої особи.

Заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

Застрахована особа (ЗО) – фізична особа – працівник Страхувальника, прийнятий на роботу на відповідну посаду або з яким встановлені інші форми трудових відносин, член сім'ї працівника та інша фізична особа, яка вказана в Договорі за погодженням Сторін.

Зняття больового синдрому - в рамках Договору – зняття болю, що надається в обсязі забезпечення препаратами із знеболювальною дією протягом 7 днів на один випадок.

Категорія закладу охорони здоров'я (категорія ЗОЗ) – категорія, що присвоюється кожному закладу охорони здоров'я за рішенням Страховика в залежності від вартості послуг та сервісної політики закладу охорони здоров'я.

Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

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

Медико-соціальний статус особи з обмеженнями повсякденного функціонування (Медико-соціальний статус) - особа з підтвердженням стійкого обмеження життєдіяльності та встановленим статусом "особа з інвалідністю" або "дитина з інвалідністю".

Залежно від ступеня стійкого розладу функцій організму, зумовленого захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я особи, визнаній особою з інвалідністю, встановлюється I, II чи III група інвалідності.

Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

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

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) - документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Чинною вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнається розділ МКХ.

Невідкладна (екстрена) медична допомога (Невідкладна допомога) – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям. Невідкладна медична допомога включає: виїзд бригади екстреної медичної допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури в рамках ресурсів бригади, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого, медикаментозне забезпечення в рамках ресурсів бригади виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги, медичну допомогу травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше), транспортування каретою невідкладної допомоги за медичними показаннями.

Нешасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.

Під заподіянням шкоди здоров'ю слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно – мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання), тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.

До факторів 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, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої ЗО, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання ЗО або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.

Нозологічна одиниця – це певна хвороба, яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.

Оздоровчі послуги - послуги, що надаються оздоровчим закладом чи особою, що мають ліцензію на надання відповідного виду оздоровчих послуг.

Організація послуги – факт запису Застрахованої особи на консультацію, здійснення виклику лікаря або швидкої невідкладної допомоги, відправки заявки на отримання лікарських засобів в аптеку тощо.

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

Основний клінічний діагноз - діагноз, який має бути сформульованим протягом трьох днів від початку обстеження Застрахованої особи, на його підставі виробляється подальша діагностична і терапевтична тактика.

Остаточний діагноз - діагноз, який формується після завершення обстеження Застрахованої особи (тобто, коли діагноз є повністю обґрунтованим).

Перелік закладів охорони здоров'я та аптек - перелік Закладів з медичного обслуговування та аптек, що надають або надали медичну допомогу, медичні та/або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), з якими Страховиком укладено Договір/Договори щодо надання послуг з Медичного обслуговування Застрахованих осіб.

Планова медична допомога (лікування в плановому порядку) – комплекс медичних послуг, що надається при розладах здоров'я Застрахованої особи, що не становлять безпосередньої загрози її життю.

Планова операція – операція, що може бути відкладеною більше, ніж на 48 годин від моменту постановки діагнозу.

Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин.

Планова стоматологічна допомога – це комплекс стоматологічних маніпуляцій, що включає лікування карієсу і його ускладнень, усунення дефектів тканин зуба некаріозної природи шляхом пломбування, видалення зубних відкладень, лікування захворювань тканин пародонту, видалення зруйнованих зубів і їх коренів, що не підлягають консервативному лікуванню, ортодонтичне та ортопедичне лікування (при наявності у Програмі страхування).

Повторна консультація – консультація по результатам досліджень та/або проведеного лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень, якщо інший термін не передбачений Програмою страхування.

Попередній діагноз – діагноз, який оформлюється безпосередньо при зверненні Застрахованої особи за медичною допомогою, визначає обсяг первинного діагностичного обстеження і початкову терапевтичну тактику.

Провідний фахівець - це лікар/інший медичний фахівець, послуги якого передбачені умовами договору, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі.

Програма страхування – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються та обрані Страхувальником у межах цього страхового продукту, з визначенням переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту (-ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

Професійний спорт - комерційний напрям діяльності у спорті, пов'язаний з підготовкою та проведенням видовищних спортивних заходів на високому організаційному рівні з метою отримання прибутку.

Реконструктивні операції – втручання, що відновлюють або корегують функцію органу, частини тіла.

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

Стабілізація стану – перебування Застрахованої особи в стані свідомості при відсутності прямої загрози життю.

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

Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

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

Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або закону.

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

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

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

Травма - ушкодження тканин внаслідок впливу зовнішніх факторів (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення, розрив або втрата органів, поранення або розрив сухожилля, розтягнення зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дії іншої особи).

Фітопрепарат – будь-який лікарський засіб, що містить виключно діючу(і) речовину(и) з однієї або більше рослинних субстанцій.

Франшиза (безумовна) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи.

Франшиза може бути по конкретному Медичному закладу, Програмі страхування, групі послуг тощо

Хондропротектор – будь-який лікарський засіб з діючою речовиною хондроїтин сульфат або глюкозамін.

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

Хронічне захворювання в стадії ремісії (поза стадією загострення) - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).

Часова франшиза – період часу, що починається з дати укладення Договору страхування, протягом якого Страховик не несе зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою). Події, які відбулися в період часової франшизи не розглядаються Страховиком.

Член сім'ї Застрахованої особи - особи першого ступеня споріднення із Застрахованою особою – чоловік/дружина, які перебувають в зареєстрованому шлюбі з Застрахованою особою, діти, батьки, віком не старших 60 років (станом на останній день дії Договору), якщо інше не передбачено Договором страхування.

За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 1 Загальних умов перелік понять та термінів.

Інші визначення встановлюються згідно законодавства України та/або, при потребі, визначаються в умовах відповідного Договору страхування, якщо вони не будуть суперечити вимогам законодавства України, або визначені по тексту цих Загальних умов.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

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

2.1.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованих осіб, зазначених в Договорі страхування.

2.1.2.1. Договір страхування, у якому відсутній об'єкт страхування, є нікчемним.

2.1.2.2. Укладення Договору страхування має передбачати наявність страхового інтересу у потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування), крім випадків укладення Договорів страхування, обов'язковість яких визначена законом.

2.2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

2.2.1. За Договором страхування, укладеним у відповідності до цих Загальних умов, Страховик зобов'язується за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Застрахованій особі (іншій особі, визначеній Договором страхування) відповідно до умов Договору страхування шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом сплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування.

2.2.2. Страховим ризиком є гостре захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

2.2.3. Страховий випадок - настання події з переліку, зазначеному в п. 2.2.2. Загальних умов, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) у межах переліку та в обсягах, передбачених Договором страхування та Програмою страхування або шляхом оплати їх вартості.

2.2.4. Перелік подій, на випадок яких проводиться страхування за конкретним Договором страхування, обирається Сторонами при укладанні Договору страхування.

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

2.2.6. Події, передбачені пунктом 2.2.2 цих Загальних умов, визнаються такими, що призвели до настання чи стали страховими випадками за умови, якщо вони сталися в період дії Договору страхування та документально підтверджені згідно умов Договору страхування.

2.2.7. За погодженням Сторін у Договорі страхування можуть бути передбачені інші ймовірні та випадкові події, що можуть спричинити настання страхового випадку, та які відповідають страховому інтересу.

2.3. СТРОК І ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.3.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін та зазначається в Договорі страхування.

2.3.2. Якщо Договором страхування не передбачено інше, Договір страхування набирає чинності з 0 годин (за київським часом) дня, наступного за днем укладення Договору страхування та/або сплати страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами), та закінчується о 24 годині (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

2.3.3. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договором страхування.

2.3.4. Дія Договору страхування закінчується не раніше дати закінчення дії страхового захисту щодо всіх об'єктів страхування, зазначених у такому Договорі страхування.

2.3.5. Договором страхування можуть бути передбачені часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування (періоди страхування) в межах загального строку дії Договору страхування.

2.3.6. Страхове покриття діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах території, яка зазначена Сторонами в Договорі страхування.

2.3.7. Договором страхування може бути передбачено обмеження щодо певних територій або щодо виключення певних ризиків на таких територіях та порядок застосування таких обмежень.

2.3.8. Не зважаючи на умови Договору страхування, страхове покриття не поширюється на території Луганської, Донецької областей, Автономної Республіки Крим та/або тимчасово окупованих територій російською федерацією, та/або територій та населених пунктів, на яких ведуться бойові дії, та/або територій, які вийшли з-під контролю органів державної влади України, та/або територій, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження.

2.4. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

2.4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Сторін під час укладення Договору страхування або внесення змін до такого договору.

2.4.2. Страхова сума може встановлюватися щодо окремої Застрахованої особи та/або за окремим страховим випадком та/або групою страхових випадків.

2.4.3. Страхова сума є агрегатною, тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати розміру страхової суми за Договором страхування.

2.4.4. В межах страхової суми в Договорі страхування можуть встановлюватися ліміти страхової суми за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.

2.4.5. Згідно з цими Загальними умовами можливе застосування безумовної франшизи, яка встановлюється у відсотках від страхової суми (страхової виплати) чи в абсолютному розмірі, та часової франшизи.

2.4.6. Розмір франшизи визначається Сторонами у Договорі страхування.

2.5. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

2.5.1. Розмір страхової премії для кожної окремої Застрахованої особи та/або загальний розмір страхової премії визначається за згодою Сторін та зазначається в Договорі страхування.

2.5.2. Страхова премія визначається шляхом помноження страхової суми та страхового тарифу.

2.5.3. Відповідно до п.п. 139 Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182, є відсутність обов'язку визначення страхового тарифу в Договорі страхування, на підставі чого цими Загальними умовами страхового продукту допускається укладення Договорів страхування без зазначення страхового тарифу.

2.5.4. Порядок та строки сплати страхової премії визначаються Договором страхування.

2.5.5. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:

а) якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страховальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

б) якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми.

2.5.6. На умовах цих Загальних умов страхова премія може сплачуватись одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування. Договором страхування може бути передбачено поетапну сплату страхової премії за визначені відповідні періоди страхування (періоди дії страхового захисту).

2.5.7. Договором страхування можуть передбачатися наслідки для Страхувальника за несвоєчасну сплату наступної частини страхової премії.

2.5.8. Страхувальник може сплачувати страхову премію шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика. При цьому, якщо інше не передбачено Договором страхування, днем сплати страхової премії вважається день зарахування страхової премії на поточний рахунок Страховика.

2.5.9. Страхувальники - резиденти мають право здійснювати сплату страхової премії згідно з укладеними Договорами страхування лише в національній валюті України.

2.5.10. Страхувальники - нерезиденти здійснюють сплату страхової премії згідно з укладеними Договорами страхування в національній валюті України або в іноземній валюті у випадках, передбачених законодавством України.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страхувальник має право:

3.1.1. до укладання Договору страхування отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору страхування, інформацію про Страховика, страхового посередника (якщо Договір страхування укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України, в тому числі й у письмовій формі;

3.1.2. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відмовитись від Договору страхування на умовах, визначених у Розділах 8 та 9 цих Загальних умов;

3.1.3. отримати дублікат Договору страхування (якщо Договір страхування укладався в паперовій формі) у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника;

3.1.4. при укладанні Договору страхування призначити Застрахованих осіб, а також, змінити їх до настання страхового випадку за згодою Страховика, на підставі наданої засобами електронної пошти заяви та ініціювати внесення змін до Договору страхування, щодо:

3.1.4.1. включення до переліку Застрахованих осіб нової особи;

3.1.4.2. виключення певної Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб; припинення дії страхового захисту;

3.1.4.3. заміни Застрахованої особи за Договором страхування на іншу особу.

3.1.5. у разі настання страхового випадку - на організацію медичної допомоги (медичних послуг) для Застрахованої (-их) особи (-іб) у закладі охорони здоров'я згідно умов Договору в межах страхової суми.

3.1.6. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;

3.1.7. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України;

3.1.8. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.

3.1.9. Договором страхування або нормами чинного законодавства можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про всі відомі йому обставини і факти, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків) та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування.

Інформація, що має істотне значення, а також індивідуальні ознаки Об'єкта страхування, які використовуються Страховиком для оцінки страхового ризику:

У кожному конкретному випадку для оцінки страхового ризику по одній Застрахованій особі або по групі Застрахованих осіб Страховиком може використовуватися наступна інформація:

Індивідуальні ознаки об'єкта страхування, необхідні для оцінки страхового ризику по одній Застрахованій особі або по групі Застрахованих осіб:

- найменування компанії (Страхувальника);
- рід діяльності Страхувальника (умови праці, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм);
- географічне розміщення;
- кількість Застрахованих осіб в межах одного Договору страхування або групи Договорів страхування, що укладається на однакових умовах;
- вік та стать Застрахованих осіб;
- місце проживання і переважного обслуговування Застрахованих осіб в ЗОЗ;

- належність Застрахованих осіб до категорій осіб, на користь яких не може бути укладений Договір страхування згідно п.10.2 Загальних умов;
- відомості про Застраховану особу (застосовується за рішенням Страховика): отримані травми, перенесені захворювання, наявність хронічних хвороб та хвороб, що потребують диспансерного нагляду, встановлена група інвалідності, заняття професійним та/або екстремальним спортом тощо;
- інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- історія виплат;
- інформація про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування;
- інша інформація, яка дозволяє оцінити ймовірність настання страхового випадку та можливі розміри завданих збитків.

На користь особи, яка на момент укладання Договору страхування страждає/страждала:

- психічними захворюваннями, розладами поведінки;
 - важкими захворюваннями нервової системи;
 - важкими захворюваннями ендокринної системи;
 - важкими захворюваннями серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба 2 або 3 ступенів, ішемічна хвороба серця 2 - 4 функціонального класу, аритмія серця та ін.);
 - злоякісними новоутвореннями;
 - уродженими аномаліями й вадами розвитку, спадковими та генетичними аномаліями;
- або є
- інвалідом I, II, III групи, дитиною-інвалідом до досягнення 18 років або інвалідом дитинства;
 - носієм ВІЛ або хвора на СНІД;
 - професійним спортсменом або спортсменом-аматором,

може бути укладено Договір страхування за згодою Страховика лише за умови, якщо до укладання Договору страхування Страховик був письмово повідомлений Страхувальником про наявність зазначених обставин. Якщо при укладенні Договору страхування Страховику не було повідомлено про наявність зазначених обставин, він вправі відмовитися від такого Договору страхування.

Вказана інформація може надаватися Страхувальником в письмовій формі, шляхом заповнення заяви на страхування, або надсилання повідомлень засобами електронного зв'язку.

3.2.2. при укладенні Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).

3.2.3. повідомити Страховику про інші діючі договори страхування щодо об'єкту Договору страхування;

3.2.4. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;

3.2.5. ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати);

3.2.6. забезпечити за письмовою вимогою Страховика заповнення Застрахованими особами Декларації про стан здоров'я встановленого Страховиком зразка, щодо яких укладається Договір страхування;

3.2.7. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування.

3.2.8. ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору, роз'яснити порядок її дій у разі настання страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору страхування є обов'язковим;

3.2.9. повідомити Застраховану особу про укладений на її користь Договір страхування відповідно до ч. 2 та ч. 3 ст. 90 Закону України «Про страхування».

3.2.10. у випадку зміни впродовж дії Договору страхування Медико-соціального статусу Застрахованої особи, сповістити про це Страховика в 15-тиденний термін, починаючи з дати встановлення відповідної групи інвалідності.

3.2.11. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;

3.2.12. повернути Страховику отриману страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика, якщо після здійснення страхової виплати за Договором стануть відомі обставини, що згідно умов Договору або чинного законодавства України повністю чи частково позбавляють Застраховану особу (її законного представника, спадкоємця) права на отримання страхової виплати;

3.2.13. Договором страхування або нормами чинного законодавства можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

3.3. Страховик має право:

3.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та/або Застрахованою особою, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я;

- 3.3.2. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору страхування, так і протягом його дії;
- 3.3.3. визначати для конкретних Застрахованих осіб індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхової премії, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору страхування щодо певних осіб;
- 3.3.4. відкласти прийняття рішення про виплату або відмову у виплаті або здійснення страхової виплати, повідомивши про це Страхувальника та/або Застраховану особу (її законного представника, спадкоємця) або іншу особу, передбачену Програмою страхування або Договором страхування, у письмовій формі, у випадку, коли:
- 3.3.4.1. не повністю з'ясовані обставини випадку або обставини, які підтверджують право Страхувальника/Застрахованої особи або іншої особи на страхову виплату, - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 90 календарних днів з дати отримання останнього документу від Страхувальника та/або Застрахованої особи або іншої особи, передбаченої Програмою страхування або Договором страхування, на страхову виплату;
- 3.3.4.2. Страхувальника та/або Застраховану особу повідомлено про підозру у вчиненні ним/нею злочину, що має безпосереднє відношення до страхового випадку - до закінчення досудового розслідування;
- 3.3.5. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених умовами Договору страхування;
- 3.3.6. направляти, у разі необхідності, 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 самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
- 3.3.7. у будь-який час направляти свого представника до Застрахованої особи, що перебуває в умовах стаціонару медичного закладу;
- 3.3.8. вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, її законного представника, спадкоємця) повернення страхової виплати, якщо стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу, спадкоємця) згідно умов Договору страхування або чинного законодавства України права на отримання страхової виплати (повністю або частково);
- 3.3.9. у разі виявлення факту, що Застрахована особа входила на момент укладення Договору страхування до переліку осіб, на користь яких не може бути укладено Договір страхування згідно п. 10.2. Загальних умов, достроково припинити дію Договору страхування відносно такої особи без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування;
- 3.3.10. включати заклади охорони здоров'я у Перелік закладів охорони здоров'я та аптек Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і за Договором страхування в цілому. При цьому, Страховик письмово повідомляє Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого включення;
- 3.3.11. виключити із Переліку закладів охорони здоров'я та аптек Страховика окремі заклади охорони здоров'я за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та закладом охорони здоров'я. При цьому, Страховик письмово повідомляє Страхувальника про такі зміни не пізніше 10 (десяти) календарних днів до такого виключення;
- 3.3.12. ініціювати внесення змін у Договір страхування або його дострокове припинення, відповідно до умов Договору страхування;
- 3.3.13. відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених Розділом 8 Загальних умов;
- 3.3.14. відмовити Застрахованій особі в подальшому обслуговуванні та в односторонньому порядку розірвати з нею Договір страхування, у випадку порушення Застрахованою особою медичних призначень, лікувально-організаційного режиму, морально-етичних норм поведінки з персоналом Медичного закладу та/або Страховика;
- 3.3.15. ініціювати зміну розміру страхової премії протягом дії Договору страхування у таких випадках:
- 3.3.15.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;
- 3.3.15.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми.
- 3.3.15.3. у разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому нормами чинного законодавства України (абзац четвертий і п'ятий частини четвертої ст. 105 Закону)
- 3.3.16. не надавати індивідуальну консультацію за страховим продуктом та/або надавати виключно на письмовий запит Клієнта;
- 3.3.17. Договором страхування або нормами чинного законодавства можуть бути передбачені також інші права Страховика.
- 3.4. Страховик зобов'язаний:**
- 3.4.1. до укладення Договору страхування на підставі отриманої інформації від клієнта (Страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні;

- 3.4.2. ознайомити Страхувальника з Загальними умовами, умовами Договору страхування, правами та обов'язками Сторін договору, зокрема з правами та обов'язками Застрахованої особи, які вона набуває, та діями у разі настання події, яка має ознаки страхового випадку;
- 3.4.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, відомостей про Застраховану особу, стан її здоров'я та її майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 3.4.4. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;
- 3.4.5. контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги в межах умов Договору страхування, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування;
- 3.4.6. Договором страхування або нормами чинного законодавства можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 3.5. Застрахована особа має право:**
- 3.5.1. ознайомитися із Загальними умовами страхового продукту;
- 3.5.2. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному в Програмі страхування;
- 3.5.3. отримати від Страховика своєчасну організацію медичних та інших послуг, медикаментів, матеріалів, передбачених Договором страхування у відповідності до його умов;
- 3.5.4. вчиняти дії, передбачені п. 3.1.5, 3.1.6., 3.1.7. Загальних умов.
- 3.6. Застрахована особа зобов'язана:**
- 3.6.1. при укладенні Договору страхування повідомляти на вимогу Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо);
- 3.6.2. за запитом Страховика надати заповнену Декларацію про стан здоров'я, встановленого Страховиком зразка;
- 3.6.3. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги
- 3.6.4. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;
- 3.6.5. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у ЗОЗ;
- 3.6.6. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги, наданої внаслідок:
- 3.6.6.1. передачі Застрахованою особою страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору страхування для Застрахованої особи;
- 3.6.6.2. ускладнення захворювання внаслідок порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;
- 3.6.6.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку, під час настання якого Застрахована особа була у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;
- 3.6.6.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;
- 3.6.6.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту), а саме: виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду; виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових медичних маніпуляцій тощо); виклик лікаря (доставка медикаментів) здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від медичного закладу, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома тощо);
- 3.6.6.6. відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЗОЗ та/або Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації.
- 3.6.7. витрати Страховика, зазначені в п.п. 3.6.6. п. 3.6 Розділу 3 Загальних умов, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 10 (десяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.
- 3.6.8. при отриманні медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, де передбачена франшиза, відшкодувати розмір франшизи закладу охорони здоров'я одразу під час звернення.
- 3.7. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведені у Розділі 3 Загальних умов права та обов'язки Сторін.

3.8. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору

3.8.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

3.8.2. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування Страховик зобов'язаний сплатити штраф у розмірі 0,01% від суми страхової виплати (страхового відшкодування), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.8.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами). Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безлади, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо. У такому разі Страховик звільняється від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань за даним Договором. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання обставин непереборної сили (форс-мажору) в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.

3.8.4. Страховик звільняється від відповідальності, виплата страхового відшкодування чи будь-яких компенсацій не проводиться та надання будь-якої вигоди за Договором страхування не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій ООН, торгівельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або Перестраховику за договором перестрахування, згідно з яким перестраховано Договір страхування, здійснювати страхування або перестрахування або сплачувати страхове відшкодування.

3.8.5. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з законом.

3.8.6. Дії або бездіяльність Застрахованої особи має такі ж самі наслідки, як і дії або бездіяльність Страхувальника.

3.8.7. Виключний перелік відповідальності Сторін за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору страхування зазначається у Договорі страхування.

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

4.1. Зміни та доповнення вносяться у Договір страхування за згодою Сторін шляхом укладання додаткових угод, підписаних Сторонами, і які стають невід'ємною частиною Договору страхування.

4.2. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з дати, визначеної Сторонами в додатковій угоді до Договору страхування. Якщо Сторони не досягли згоди щодо внесення змін до Договору, то Сторона, що вимагає таких змін, має право в односторонньому порядку ініціювати припинення дії Договору страхування згідно з законодавством України. Такий Договір страхування припиняє свою дію на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої зі Сторін про реалізацію іншою Стороною Договору страхування цього права.

4.3. Страхувальник, протягом строку дії Договору страхування, має право змінювати Застрахованих осіб за згодою Страховика.

Порядок внесення змін в Договір страхування, що стосується виключення та/або включення Застрахованих осіб до переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, зміни для окремих Застрахованих осіб Програми страхування, строків повідомлення Страхувальником про зміни в переліку Застрахованих осіб та строки внесення відповідних змін до Договору Сторонами, застосування

передбачених Договором страхування формул, розрахунків та умов для визначення страхової премії по відношенню до осіб, які підлягають страхуванню на термін менше 1 (одного) року, порядок розрахунку лімітів за опціями Програми страхування для таких осіб, формулу розрахунку суми до повернення у разі виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб за Договором страхування, умови та порядок застосування зміни Програми страхування для окремих Застрахованих осіб за Договором страхування, випадки та умови заміни однієї Застрахованої особи іншою, а також інші випадки, формули та розрахунки, погоджуються Сторонами в Договорі страхування.

4.4. Зміни, які відбуваються в страховому ризикі після укладення Договору страхування та які збільшують ступінь або обсяг відповідальності Страховика, дають йому право змінити умови страхування або нарахувати додаткову страхову премію, якщо це передбачено Договором страхування.

4.5. Розмір страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою Сторін у таких випадках:

4.5.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страховальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

4.5.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми.

4.6. У разі відмови Страховальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у зв'язку з невиконанням Страховальником умов Договору страхування.

4.7. Заміна Сторони у Договорі страхування:

4.7.1. у разі смерті Страховальника, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих;

4.7.2. у разі визнання судом фізичної особи - Страховальника недієздатною права і обов'язки такої особи за Договором страхування переходять до її опікуна;

4.7.3. у разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - Страховальника така особа здійснює свої права і обов'язки Страховальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника;

4.7.4. якщо Страховальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страховальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.

4.8. Заміна Страховика у Договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та Страховальником або Договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень Розділу IX Закону України «Про страхування».

4.9. В інших випадках права і обов'язки Страховальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика.

4.10. Договором страхування може передбачатись застосування окремої процедури внесення змін до Договору страхування за ініціативою Страховика або Страховальника в порядку, встановленому у такому Договорі страхування.

4.11. Якщо інше не передбачено Договором страхування, дія Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

4.11.1. закінчення строку дії Договору страхування;

4.11.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі;

4.11.3. несплати Страховальником страхової премії або чергової частини страхового платежу (у разі сплати страхової премії частинами) у встановлений Договором страхування строк. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дати, наступної за встановленою у Договорі страхування датою сплати страхової премії (чергової частини страхового платежу);

4.11.4. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;

4.11.5. ліквідації Страховальника - юридичної особи або смерті Страховальника – фізичної особи (крім випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування»);

4.11.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

4.11.7. в інших випадках, передбачених законодавством України, зокрема Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» та Договором страхування.

4.12. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страховальника або Страховика. Страховик не обмежує Страховальника у праві дострокового припинення Договору страхування, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством. Страховик має право достроково припинити Договір страхування без згоди Страховальника, який виконує всі умови Договору страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

4.13. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

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

4.15. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування:

4.15.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами Договору страхування, за таких обставин:

- на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням Страховиком умов Договору страхування;
- на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;
- у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог ст. 393 Податкового кодексу України.

4.15.2. особі, визначеній на підставі законодавства України, відповідно до п. 4.11.5. цих Загальних умов.

4.16. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у Договору страхування.

4.17. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченої страхової премії (страхову премію, сплачену за період страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення, для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування та перевищує один рік) у разі дострокового припинення дії Договору страхування у випадку:

4.17.1. вимоги Страхувальника в разі порушення Страховиком умов Договору страхування;

4.17.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням Страхувальником умов Договору страхування;

4.17.3. припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;

4.17.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним

4.18. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору страхування Страхувальником відповідно до статті 56 Закону України «Про страхування» здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі Страховиком страхового портфеля.

4.19. Сплачена страхова премія не повертається, у разі дострокового припинення дії Договору згідно п. 4.11.2. цих Загальних умов.

4.20. При достроковому розірванні Договору страхування повернення страхових платежів здійснюється виключно Страхувальнику.

4.21. Якщо інше не передбачено Договором страхування, повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України

4.22. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття Страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.

4.23. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

4.24. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

4.25. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 4 Загальних умов порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. У Договорі страхування зазначається право Страхувальника на відмову від Договору страхування, порядок та строки повернення Страховиком страхової премії (її частини) в разі відмови Страхувальника від Договору страхування, а також інші умови використання права на відмову від Договору страхування.

5.2. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

5.2.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

5.2.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування.

5.3. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі.

5.4. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю в порядку та у строки, визначені Договором страхування, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

6.1. У разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа для одержання медичної допомоги зобов'язана:

6.1.1. негайно, але не пізніше 1 (одного) календарного дня з моменту виявлення хвороби, звернутися до Страховика за номером телефону вказаному в Договорі страхування або до уповноваженої особи в закладі охорони здоров'я для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг. Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами, піклувальниками або іншими особами (в залежності від стану здоров'я застрахованої особи). Якщо при настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа не мала змоги на момент настання такого випадку зв'язатися зі Страховиком та самостійно звернулася до закладу охорони здоров'я, або, якщо Застраховану особу доставляють до закладу охорони здоров'я силами екстреної медичної допомоги (таксі, власним транспортом тощо) для надання невідкладної медичної допомоги, то Застрахована особа або її уповноважений представник при першій наявній можливості повинні негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту звернення до закладу охорони здоров'я або госпіталізації, повідомити Страховика про такий випадок.

6.1.2. При зверненні до Страховика або до уповноваженої особи в закладі охорони здоров'я Застрахована особа має надати наступну інформацію:

- П.І.Б.;
- номер та строк дії Договору страхування;
- індивідуальний номер картки застрахованої особи;
- місце роботи, місце проживання;
- причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям або замовлення медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхування);
- місце перебування;
- контактний телефон.

6.1.3. далі діяти за вказівкою Страховика або лікаря-координатора уповноваженого закладу охорони здоров'я. Підбір ЗОЗ здійснюється Страховиком із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. При такому зверненні Застрахована особа безкоштовно в межах ліміту відповідальності отримує необхідні медичні послуги, згідно з умовами Програми страхування, включаючи медикаменти. Всі розрахунки з приводу наданої Застрахованій особі допомоги Страховик проводить із закладами охорони здоров'я та аптеками.

6.1.4. пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу охорони здоров'я) документ, що посвідчує особу;

6.1.5. виконувати призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зменшення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків.

6.1.6. повідомити (надати) Страховика всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів щодо збору і передачі Страховика всіх необхідних документів для прийняття рішення про страхову виплату та її розмір;

6.1.7. попередити заклад охорони здоров'я про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку;

6.1.8. Неможливість організації амбулаторної допомоги Застрахованій особі, в т.ч. виклику лікаря додому, при зверненні у вечірні години (з 16:00), або у вихідні (святкові) дні не є підставою для виклику бригади екстреної медичної допомоги, якщо немає прямих показань для надання такого виду допомоги.

6.1.9. Про стани, які потребують ліжкового режиму та візиту лікаря додому, Застрахована особа інформує Страховика не пізніше 12:00 години (16:00 для мешканців м. Київ) дня, у який візит повинен відбутись. Страховик організовує виїзд лікаря до Застрахованої особи протягом поточного дня. У випадку звернення до Страховика пізніше 12:00 (16:00 для мешканців м. Київ) Страховик організовує виїзд лікаря на наступний день.

6.1.10. У разі необхідності отримання медичних та інших послуг в закладі охорони здоров'я, не передбаченому Договором, Застрахована особа повинна негайно повідомити про це Страховика і узгодити обсяг та вартість необхідних послуг до моменту їх отримання. Страхова виплата у таких випадках здійснюється в обсязі, зазначеному в Програмі страхування, що не перевищує рівень вартості послуг у закладах, передбачених умовами Програми страхування.

За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 6 Загальних умов Договору порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

6.2. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страховик зобов'язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Страхові виплати здійснюються в порядку, визначеному цими Загальними умовами та Договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

7.2. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та / або медичних виробів в обсязі, що зазначений у Програмі страхування для конкретної Застрахованої особи за Договором страхування.

7.3. Розмір страхової виплати дорівнює вартості медичної допомоги, медичних та інших послуг, лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування, але не більше страхової суми, встановленої Договором страхування та/або лімітів страхової суми на послуги/захворювання, передбачені умовами Програми страхування.

7.4. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхування страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.

7.5. Страхова виплата здійснюється:

7.5.1. закладам охорони здоров'я на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та такими закладами, на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги (відпущені медикаменти та витратні матеріали) та їх вартість;

7.5.2. Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю), у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених Договором страхування), після надання Застрахованою особою (її законним представником, спадкоємцем) всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

7.6. Оплата вартості медичних та інших послуг, передбачених Договором та Програмою страхування, закладу охорони здоров'я здійснюється на підставі рахунку закладу із зазначенням діагнозу, переліку фактично наданих послуг і їх вартості, загальної суми витрат на всі послуги, надані Застрахованій особі (Застрахованим особам – кожній окремо), строків лікування, витягу з історії хвороби та/або з амбулаторної карти, завіреного печаткою закладу охорони здоров'я та підписом відповідальних осіб (на вимогу Страховика).

7.7. Страховик здійснює страхову виплату закладу охорони здоров'я (аптеці) за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, на підставі копій рецептів, накладних та рахунків аптеки за відпущені медикаменти та витратні матеріали.

7.8. Якщо (у разі настання страхового випадку) Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих медичних чи інших послуг чи придбала медикаменти за виписаними лікарем рецептами, то для отримання страхової виплати Застрахована особа (її законний представник або, у разі смерті Застрахованої особи – спадкоємець), повинна звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.

7.9. До заяви мають бути додані такі документи:

7.9.1. документи, що засвідчують Застраховану особу та/або особу - отримувача страхової виплати – копію паспорту (всі сторінки, що містять інформацію)/ паспорту, виготовленого у формі картки (дві сторони) разом з Довідкою (Витяг) про реєстрацію місця проживання, копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера або реєстраційного номера облікової картки платника податків; якщо Застрахована особа неповнолітня — додатково копію свідоцтва про її народження;

7.9.2. копію Договору страхування (картки Застрахованої особи) або вказати номер Договору страхування та картки застрахованої особи (за наявності);

7.9.3. виписку з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я, в якому/яких зазначений діагноз і перелік призначених у зв'язку з встановленим захворюванням медичних та інших послуг (обстеження, процедури і т.п.) та медикаментів;

7.9.4. рахунки закладів охорони здоров'я та/або фізичних осіб-підприємців, які в установленому законодавством України порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, інших суб'єктів господарювання, що надавали медичні (включаючи реабілітаційні та профілактично-оздоровчі) та/або інші послуги та/або виконували роботи чи реалізовували товари Застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку, та/або укладені з ними відповідні договори;

7.9.5. розрахункові документи та/або документи, що підтверджують виконання платіжної операції (створені в паперовій та/або електронній формі), які ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця

товарів) та відображають вартість отриманих Застрахованою особою допомоги/послуг, а також дату їх оплати, включаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, прибутковий касовий ордер, квитанцію платіжного пристрою, платіжну інструкцію, квитанцію до платіжної інструкції на переказ готівки, виписку про рух коштів за рахунком ініціатора платіжної операції та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення відповідної платіжної/розрахункової операції;

7.9.6 акт виконаних робіт (рахунок-калькуляцію) про надання Застрахованій особі послуг (з детальним переліком), результати додаткових обстежень;

7.9.7. протоколи, постанови, рішення, акти, вироки, видані відповідними компетентними (уповноваженими) державними органами (посадовими особами), у яких зазначені обставини і причини виникнення страхової події, розмір збитку або понесені витрати – при необхідності;

7.9.8. у випадку смерті Застрахованої особи: свідоцтво про смерть встановленого зразка, лікарське свідоцтво про смерть, фельдшерську довідку про смерть, а у випадку оголошення Застрахованої особи померлою або визнання безвісно відсутньою – судові рішення, яке набрало законної сили – подаються спадкоємцями Застрахованої особи;

7.9.9. документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – подаються спадкоємцями Застрахованої особи;

7.9.10. документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність Застрахованої особи: листок непрацездатності (оформлений у паперовій формі або сформований в Електронному реєстрі листків непрацездатності) та/або медичний висновок про тимчасову непрацездатність, сформований в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я, у тому числі у формі відповідних витягів із зазначених реєстрів;

7.9.11. у разі придбання Застрахованою особою за власні кошти медикаментів (витратних медичних матеріалів) в період лікування в стаціонарі, Застрахована особа надає виписку з медичної карти з переліком призначених медикаментів (витратних медичних матеріалів), необхідних для проведення призначеного курсу лікування.

7.9.12. інші документи, які мають відношення до встановлення причин та наслідків страхового випадку, враховуючи обставини настання та характер страхового випадку.

7.10. До документів, на підставі яких не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:

7.10.1. документи, які оформлені не у відповідності з вимогами чинного законодавства України, та/або документи ЗОЗ, підприємств, установ, закладів та/або організацій, які створені та/або діють не на підставі чинного законодавства України;

7.10.2. замовлення на доставку ліків та/чи надання медичної допомоги;

7.10.3. довідки, талони, накладні, направлення на лікування, консультативні висновки, не завірені належним чином, калькуляції витрат;

7.10.4. квитанції банку без порядкового номеру, коду ЄДРПОУ, підпису, печатки;

7.10.5. товарні чеки;

7.10.6. рахунки-фактури закладів охорони здоров'я без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій банку), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;

7.10.7. документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній.

7.11. Документи на здійснення страхової виплати повинні бути надані Страховику протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після проведення оплати вартості послуг, медикаментів Застрахованою особою. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, документи подаються як тільки це стане можливим, з обґрунтуванням причин затримки.

7.12. Якщо документи видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня їх отримання Застрахованою особою чи спадкоємцями Застрахованої особи, у випадку смерті Застрахованої особи.

7.13. Документи надаються Страховику в оригіналі та/або у формі копій, засвідчених в установленому законодавством України порядку та/або Страховиком з оригіналів відповідних документів. Документи, зазначені у пп. 7.9.4, 7.9.5 пункту 7.9 Загальних умов, надаються в оригіналі. Якщо розмір страхової виплати за одним страховим випадком не перевищує суми, що дорівнює десятикратному розміру місячного прожиткового мінімуму, встановленого для працездатної особи на 01 січня року настання страхового випадку, документи, зазначені у підпунктах 7.9.3. - 7.9.5., 7.9.8., 7.9.10 пункту 7.9 цих Загальних умов, можуть надаватися у формі копій, оформлених у порядку, визначеному п. 7.14 цих Загальних умов, без надання оригіналів.

7.14. Копіями документів, що належним чином підтверджують факт настання страхового випадку, вважається точне знакове відтворення змісту чи документної інформації відповідних документів, здійснене з оригіналів таких документів на папері та/або в електронній формі, включаючи відтворення шляхом

сканування, фотографування та/або іншим способом за допомогою технічних засобів, у тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки.

7.15. Інформація про листок непрацездатності та/або медичний висновок про тимчасову непрацездатність, зазначені у підпункті 7.9.10 пункту 7.9 цих Загальних умов, можуть надаватися Страховику у формі, що забезпечує їх точне відтворення (шляхом фотографування та/або іншим способом за допомогою технічних засобів), отриманій: в електронному кабінеті Застрахованої особи (її Страхувальника за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням) на веб-порталі електронних послуг Пенсійного фонду України – щодо листка непрацездатності; за запитом через систему електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів, включаючи з використанням Єдиного державного веб-порталу електронних послуг (Порталу Дія), – щодо медичного висновку.

7.16. Документи, оригінали яких складено на іноземній мові, повинні бути видані компетентними органами/установами та/або закладами охорони здоров'я, лікарями, іншими суб'єктами господарювання іноземної держави на офіційних бланках, що містять підпис уповноваженої особи та печатку (за наявності) відповідного органу/установи, закладу охорони здоров'я, суб'єкта господарювання та/або лікаря іноземної держави, та повинні бути перекладені на українську мову (бюро перекладів) та завірені в порядку, визначеному чинним законодавством України.

7.17. За рішенням Страховика документи можуть надаватися в електронному вигляді, в т.ч. скановані копії, фотокопії документів.

7.18. Сторони погодили, що перелік документів, що можуть бути подані та підписані в електронному вигляді не є вичерпним і погоджується в кожному випадку Страховиком індивідуально. При цьому, Страховик має право вимагати надання документів, необхідних для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній в п. 7.13. Розділу 7 Загальних умов.

7.19. Якщо страхова виплата, згідно вимог законодавства щодо фінансового моніторингу підлягає перевірці, то Застрахована особа (її законний представник, спадкоємець) зобов'язана заповнити та надати Страховику Анкету фінансового моніторингу (форма надається Страховиком) разом з документами, необхідними для здійснення виплати страхового відшкодування, у формі, визначеній в п. 7.13. Розділу 7 Загальних умов.

7.20. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) приймається протягом 10 (десяти) робочих днів від дати подання всіх необхідних документів Застрахованою особою.

7.21. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, і повідомляється в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення.

7.22. Страхову виплату Застрахованій особі (її законному представнику, спадкоємцю) Страховик здійснює протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату.

7.23. Сплата страхових виплат здійснюється у безготівковій формі в національній валюті України.

7.24. Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених Договором страхування) про виплату або документів, отриманих від закладу охорони здоров'я і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (страхового акта). На умовах цих Загальних умов рішення про визнання або невизнання випадку страховим здійснюється згідно з умовами Договору страхування на підставі отриманих документів згідно Розділу 7 Загальних умов.

7.25. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено умови здійснення страхових виплат, наведені у Розділі 7 Загальних умов.

8. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченому Договором страхування або законодавством, повідомити Страхувальника або особі, на користь якої укладено Договір страхування, у письмовій формі у спосіб/способи, передбачені умовами Договору страхування про прийняте рішення, з обґрунтуванням підстави для відмови.

8.2. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати можуть бути:

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

8.2.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

- 8.2.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 8.2.4. одержання Страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;
- 8.2.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її законним представником, спадкоємцем) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 8.2.6. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Розділом 10 Загальних умов;
- 8.2.7. несвоєчасне подання Страховику заяви та документів, необхідних для здійснення страхової виплати, згідно пп. 12.7. - 12.8. Загальних умов;
- 8.2.8. перевищення суми страхової виплати над страховою сумою та/або сумою загального корпоративного ліміту, та/або індивідуального ліміту на медичні послуги (допомогу), згідно з умовами Програми страхування;
- 8.2.9. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.
- 8.3. За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у цьому Розділі Загальних умов перелік підстав для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат.
- 8.4. Якщо Страхувальник та/або ЗО не виконає будь-які зі своїх обов'язків, згідно з цими Загальними умовами та/або Договором страхування, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування або зменшити його розмір.
- 8.5. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, у судовому порядку.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Перед укладенням Договору страхування Страховик забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, Страховика та страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за його сприянням, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта.

Інформація про даний страховий продукт надається клієнту в електронній формі шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика: <https://www.icarsenal.od.ua>.

9.2. Договір страхування укладається на підставі письмової або зробленої іншим чином заяви Страхувальника, в якій зазначається перелік обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику при укладенні Договору страхування, зокрема:

- найменування компанії (Страхувальника);
- рід діяльності Страхувальника (умови праці, пов'язані з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм);
- географічне розміщення;
- кількість Застрахованих осіб в межах одного Договору страхування або групи Договорів страхування, що укладається на однакових умовах;
- вік та стать Застрахованих осіб;
- місце проживання і переважного обслуговування Застрахованих осіб в ЗОЗ;
- належність Застрахованих осіб до категорій осіб, на користь яких не може бути укладений Договір страхування згідно п.10.2 Розділу 10 Загальних умов;
- відомості про Застраховану особу (застосовується за рішенням Страховика): отримані травми, перенесені захворювання, наявність хронічних хвороб та хвороб, що потребують диспансерного нагляду, встановлена група інвалідності, заняття професійним та/або екстремальним спортом тощо;
- інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- історія виплат;
- інформація про наявність страхового інтересу щодо об'єкту страхування;
- інша інформація, яка дозволяє оцінити ймовірність настання страхового випадку та можливі розміри завданих збитків.

Після укладання Договору страхування заява та інша інформація надана Страхувальником чи від його імені, вважаються невід'ємною частиною Договору страхування. Заповнена заява на страхування не зобов'язує Сторони укласти Договір страхування. Умовами страхового продукту (програми страхування) чи Договору страхування можуть встановлюватись інші або окремі (не стандартні) відповідні умови щодо

критеріїв та вимог до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування.

9.3. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику достовірну інформацію про інші чинні договори страхування щодо предмета та об'єкта Договору страхування.

9.4. При укладанні Договору страхування або внесенні змін до нього Страхувальник у погоджений Сторонами спосіб надає Страховику інформацію та/або відповідні документи, передбачені нормами чинного законодавства для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації, вивчення Страхувальника та осіб, які мають право на отримання страхової виплати (Вигодонабувач/і), ідентифікації кожного об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт та визначити страховий інтерес, повідомляє Страховика про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.5. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.6. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

9.6.1. При укладенні Договору страхування у паперовій формі, Сторони договору підписують Договір страхування власноручними підписами та скріплюють печатками, в разі їх наявності. Страхувальнику надається примірник Договору страхування одразу після його підписання обома Сторонами.

9.6.2. Підписання Договору страхування у формі електронного документа може відбуватися з використанням Страхувальником електронного підпису одноразовим ідентифікатором, та/або за допомогою підпису вчиненого Сторонами/стороною у системі електронного документообігу (СЕД). Такі договори укладаються з дотримання норм Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», Положення НБУ «Про використання електронного підпису та електронної печатки».

9.7. Порядок укладення й підписання Договору страхування у формі електронного документа за допомогою СЕД для Страхувальників юридичних та фізичних осіб:

9.7.1. Для укладення Договору страхування у СЕД шляхом підписання Сторонами за допомогою КЕП/УЕП, простим електронним підписом Страхувальника, останній, попередньо ознайомившись на сайті Страховика із Загальними умовами страхового продукту, умовами Договору страхування, надає Страховику або його представнику інформацію та/або відповідні належні документи, передбачені нормами чинного законодавства (пункт 9.4 цих Загальних умов) для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації Страхувальника та осіб (якщо вони ідентифіковані на момент укладання Договору страхування), які мають право на отримання страхової виплати (Вигодонабувачі/ч), та повідомляє Страховику про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.7.2. Обмін електронними документами здійснюється за допомогою сервісів електронного документообігу, зокрема, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу із застосування кваліфікованих електронних підписів Сторін та/або удосконалених електронних підписів та/або простого електронного підпису Страхувальника, з позначкою дати та часу їх вчинення.

9.7.3. Договір страхування у формі електронного документа містить всі реквізити та умови аналогічного Договору страхування у формі паперового документа. При цьому, слова «укласти», «підписати», «надати», «передати», «вручити», які зустрічаються в тексті Договору страхування (додатках до нього), при використанні КЕП, УЕП, простого електронного підпису передбачають, що такий документ буде укладений/підписаний/переданий/наданий/вручений через Сервіс документообігу.

9.7.4. Кожна зі Сторін Договору страхування для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

9.7.5. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені для створення і надсилання документів у письмовій формі.

9.7.6. Кожна зі Сторін Договору страхування самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного підпису.

9.7.7. Договір страхування у вигляді електронного документа вважається укладеним з моменту накладення уповноваженим представником однієї зі Сторін останнього у часі електронного підпису (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами. Договір страхування набирає чинності в порядку передбаченому Договором страхування, і діє протягом Строку дії, який зазначений в такому Договорі страхування.

9.7.8. Примірник Договору страхування вважається отриманим Стороною, якщо на оригінал електронного документа в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами, накладено

електронні підписи (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) уповноваженими представниками обох Сторін.

9.7.9. Якщо Стороною Договору страхування направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором страхування, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами та не підписаний.

9.7.10. У випадку виникнення технічних проблем/збоїв у будь-якої зі Сторін Договору страхування, Сторони вправі у будь-який момент призупинити оформлення електронних документів та повернутись до оформлення первинних документів у паперовій формі.

9.7.11. Сторона, у якій виникли технічні проблеми, повідомляє іншій Стороні у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів, Сторони створюють і підписують їх в паперовій формі в порядку, передбаченому Договором страхування.

9.7.12. Після усунення технічних проблем Сторони, за письмовим погодженням, можуть повернутись до використання електронних документів.

9.8. Використання електронного підпису Сторонами Договору не може тлумачитись як таке, що обмежує право Сторін вчиняти правочини у вигляді паперових документів (змінювати, доповнювати або припиняти дію електронного Договору правочинами викладеними в паперовій формі і навпаки).

9.9. Страховик направляє на електронну адресу або іншим способом, обраним Страхувальником, примірник Договору страхування з додатками, підписаний обома Сторонами, Страхувальнику одразу після підписання такого Договору, але не пізніше початку строку його дії або не пізніше дня укладення Договору страхування, якщо Договором страхування визначено ретроактивну дату. Страховик за зверненням Страхувальника зобов'язаний виготовити паперову копію Договору, укладеного в електронній формі протягом 3 (трьох) робочих днів з дня звернення.

9.10. Страхувальник, підписуючи Договір, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.

9.11. Підписуючи Договір, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.

9.12. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, сертифікатом, які є формою Договору страхування.

9.13. Інформаційний лист, Загальні умови, Договір страхування, Додатки та Додаткові угоди повинні розглядатися разом як один договір.

9.14. У випадку втрати діючого Договору страхування, укладеного у формі паперового документу, Страховик надає Страхувальнику дублікат.

9.15. Договором страхування може бути визначений один або декілька способів ідентифікації та верифікації Страхувальника, Вигодонабувача [у випадках, передбачених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»] з дотриманням вимог, визначених нормативно-правовими актами Національного банку України з питань здійснення установами фінансового моніторингу, який проводить Страховик або представник Страховика.

9.16. Інформація, що надається відповідно до п.9.4 цих Загальних умов стосовно ідентифікаційних даних, та офіційні документи мають бути чинними (дійсними, актуальними) на момент їх подання.

9.17. У разі настання суттєвих змін в діяльності Страхувальника або в іншій інформації, що надавалася Страховику, або щодо втрати чинності/обміну ідентифікаційного документа, Страхувальник (представник Страхувальника) в обов'язковому порядку зобов'язаний сповістити та надати Страховику інформацію щодо даних чинного документа Страхувальника протягом 3-х днів з дати настання змін та протягом не більше 2-х місяців з відповідної події/змін подати Страховику оновлений опитувальник, необхідні документи, що підтверджують зміни у наданих до укладення Договору відомостях (документах) на виконання вимог законодавства України щодо запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, - якщо інший строк не передбачений Договором страхування.

Страхувальник (представник Страхувальника) зобов'язаний надати на запит Страховика щодо з'ясування актуальності/чинності та актуалізації ідентифікаційних даних та офіційних документів, інформацію та документи у визначений Договором страхування строк.

9.18. В Договорі страхування може бути передбачено, що окремі положення цих Загальних умов не включаються в Договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування, або умови Договору страхування доповнюються іншими умовами за згодою Сторін Договору страхування, або ж умови Договору страхування мають пріоритет над умовами цих Загальних умов.

9.19. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити всі необхідні документи щодо об'єкту Договору страхування та іншу інформацію, яка необхідна для встановлення ступеню ризику та укладання Договору страхування. Після укладання Договору страхування заява та інша інформація надана Страхувальником чи від його імені, вважаються невід'ємною частиною Договору страхування.

10. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, у всіх випадках виключається збиток (збитки), пошкодження, видатки чи витрати будь-якого виду, які безпосередньо або опосередковано були заподіяні або викликані будь-чим, перерахованим нижче, незалежно від того, чи було це єдиною причиною або однією з декількох причин, одночасно або послідовно, що сприяла настанню збитку, або у зв'язку з будь-якими заходами, прийнятими для того, щоб привести під контроль, попередити або припинити такі дії:

10.2. Договір не може бути укладений на користь осіб:

10.2.1. визнаних у встановленому порядку недієздатними;

10.2.2. які на час укладення Договору перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);

10.2.3. інвалідів I групи, дітей з інвалідністю; хворих на тяжкі неврологічні та психічні захворювання зокрема, порушення мозкового кровообігу, пухлин/и головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, паркінсонізм; СНІД, ВІЛ-інфекцію; тяжкі (декомпенсовані) форми захворювань серцево-судинної системи; гепатит, крім гепатиту А, цироз печінки; туберкульоз, важку форму цукрового діабету, злоякісні новоутворення; хронічну ниркову недостатність; захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними, токсичними речовинами. При цьому, страхування цих осіб може здійснюватися Страховиком на інших умовах (індивідуальних), ніж страхування працівників Страхувальника;

10.2.4. які знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;

10.2.5. осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі;

10.2.6. віком понад 65 років на дату укладання Договору.

10.3. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до ЗОЗ та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):

10.3.1. вроджені, спадкові, генетичні вади та захворювання; стани, що є фізіологічними віковими особливостями або варіантами розвитку (дентація; хорди в шлуночках або незакрите овальне вікно; синехії зовнішніх статевих органів та інше); захворювання, за якими встановлена група інвалідності, інвалідність з дитинства та їх ускладнення, наслідки;

10.3.2. алкоголізм, наркотична залежність, токсикоманія або інший стан залежності, будь-якого виду, а також будь-які захворювання чи травми та/або їх наслідки, що спричинені станом такої залежності або які є наслідком алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння; також лікування наслідків подій, щодо яких у Страховика є обґрунтована підозра, що вони сталися у стані алкогольного сп'яніння, якщо Застрахована особа протягом 5 годин після випадку не звернулась до медичного закладу і не пройшла дослідження на наявність алкоголю в крові. Предметом дослідження біологічного середовища також може бути слина, сеча, змиви з поверхні губ, шкірного покриву обличчя та рук;

10.3.3. професійні хвороби, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);

10.3.4. венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, м'який шанкр, пахова гранульома, тощо); захворювання, що передаються переважно статевим шляхом відповідно до класифікації ВООЗ (хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, гарденельоз, кандидоз, трихомоніаз та папіломавірусна інфекція, у т.ч. аногенітальні кондиломи, тощо);

10.3.5. TORCH-інфекції, у т.ч. токсоплазмоз, краснуха та інфекції, викликані вірусами герпетичної групи (віруси простого герпесу 1/2 типу, вітряної віспи, Епштейна-Барр, цитомегаловірус, герпесвіруси 6, 7, 8 типу), парвовірусом В19, вірусом Зіка, крім оперізуючого лишая та герпетичних гангліонітів;

10.3.6. ерозія (ектопія, дисплазія та інші синоніми переродження/зміни нормального епітелію шийки матки) шийки матки, вагінальний дизбіоз (гарнерельоз), ендометріоз, мастопатія, дисгормональні та інші запальні захворювання жіночих статевих органів, визначення гормонального стану при даних захворюваннях;

10.3.7. безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція, наслідки патологічної вагітності;

10.3.8. хронічна печінкова недостатність, хронічний гепатит, стеатогепатит, цироз та гепатоз печінки, вірусні гепатити В, С, D і т.д.;

10.3.9. ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейро-циркуляторна дистонія), ДЕП (дисциркуляторна енцефалопатія), АГ(артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), атеросклероз, астено-невротичний синдром, синдром хребцевої артерії, синдром порушення венозного відтоку, ангіодистонія, венозні дисциркуляції та хронічні хвороби периферійних судин (у т.ч. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, геморої та ін.), (крім невідкладних станів);

10.3.10. психічні захворювання, психопатії, неврози (в т.ч. нейрогенний сечовий міхур, енурез, тощо), безсоння (в т.ч. забезпечення снодійними препаратами, заспокійливими), епілепсія, порушення мови,

межові розлади, а також їх ускладнення, соматичні захворювання та травми, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

10.3.11. інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.), окрім диференційної діагностики, але не більше двох збудників;

10.3.12. функціональні порушення (синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів, дисбактеріоз, дисбіоз, диспепсія, функціональний закреп тощо) у Застрахованих осіб віком старше 16 років;

10.3.13. пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну, метаболічний синдром, подагра, тощо);

10.3.14. синдром набутого імунodefіциту (СНІД), похідний комплекс СНІД, вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) та пов'язані з ними захворювання, а також їх наслідки;

10.3.15. онкологічні захворювання, доброякісні новоутворення, захворювання крові і кровотворної системи (в тому числі встановлення причин анемій, якщо немає вказівок на гостру кровотечу).

10.4. Не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування після встановлення остаточного діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):

10.4.1. цукровий діабет та його ускладнення, окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи (кома, прекома); у таких випадках допомога надається до стабілізації стану не більше 24-48 годин;

10.4.2. системні захворювання сполучної тканини, дегенеративні захворювання хрящової та кісткової тканин (ревматоїдний артрит, ревматоїдні хвороби серця, системний червоний вовчак, колагенози, хвороба Бехтерева, артропатії, остеопороз, хондромалія, тощо), саркоїдоз, муковісцидоз, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона та їх наслідків;

10.4.3. ендокринні, аутоімунні захворювання, дегенеративні і демієлінізуючі хвороби нервової системи, екстрапірамідні порушення (хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз і інші), енцефалопатія, епілепсія (крім невідкладних станів);

10.4.4. хронічна ниркова недостатність, у т.ч. гемодіаліз;

10.4.5. захворювання шкіри, волосся та нігтів (вугри, псоріаз, екзема, вітіліго, демодекоз, педикульоз, мікози, пухирчатка, лишай, себорея, тощо);

10.4.6. катаракта, порушення зору (міопія, далекозорість, пресбіопія, астигматизм та інші), комп'ютерний синдром (синдром сухого ока, спазм акомодатії тощо), косоокість, астенія, кератоконус; глаукома, дегенеративно-дистрофічних захворювань сітківки, відшарування сітківки, крім станів, що потребують невідкладної допомоги;

10.4.7. особливо небезпечні інфекції відповідно до переліку, затвердженого центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та/або захисту населення від інфекційних хвороб (Наказ МОЗ України № 133 від 19.07.95 з наступними змінами або документ, що його замінює) (чума, холера, натуральна віспа, жовта гарячка, СНІД, пастерельоз, хвороба Марбург, гарячка Ласса, гарячка Ебола, контагіозні вірусні гарячки, енцефаломієліти, енцефаліти, бруцельоз, туляремія, сибірка, сап, меліойдоз, орнітоз, лістеріоз, сказ, еризипелюїд, легіонельоз, епідемічний висипний тиф, хвороба Брілла, КУ - гарячка, мишиний тиф, марсельська гарячка, кліщовий поворотний висипний тиф, туберкульоз, псевдотуберкульоз, геморагічна гарячка, кримська гарячка, омська гарячка, гарячка з нирковим синдромом, лептоспіроз, ящур, кліщовий енцефаліт, хвороба Лайма), а також небезпечних та особливо небезпечних інфекційних захворювань, поширення яких має характер епідемії та/або потребує проведення карантинних заходів, крім карантину у навчальних та виховних закладах;

10.4.8. захворювання і травми, що настали внаслідок та/або в місці військових дій будь-якого роду, воєнного стану, оголошеної або неоголошеної війни, громадянської війни, надзвичайного стану, заколоту, бунту, революції, громадського заворушення, повстання, путчів, терористичних актів, народних хвилювань, страйків, диверсії, безладів, масових заворушень, узурпації влади, введення військової влади або військового положення або стану облоги, загальної мобілізації, збройного або воєнного конфлікту, блокади, військового ембарго, що є відкритою інформацією; розлади здоров'я, викликані іонізуючим випромінюванням або радіоактивним забрудненням;

10.4.9. травми, отримані внаслідок злочинних дій ЗО, що підтверджено рішенням суду; травми, отруєння, опіки та інші розлади здоров'я, отримані Застрахованою особою у результаті навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку; медичні послуги, необхідність надання яких настала в зв'язку із самогубством чи спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

10.4.10. захворювання імунної системи (в тому числі вторинна діагностика і консультації імунолога, імунограма, інші методи діагностики та лікування, лікування, яке спрямоване на корекцію імунітету), алергічні захворювання (в тому числі, алергопроби, скринінги, специфічна імунотерапія) - крім невідкладних станів;

10.4.11. розлади менструального циклу та подальшої діагностики (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) після встановлення цих діагнозів клінічно (менопаузи, пременопаузи, порушення

менструального циклу, синдром виснажених/полікістозних яєчників, гіперпролактинемія, гіперандрогенія, тощо);

10.4.12. загострення хвороб опорно-рухового апарату строком більше 14 діб; МРТ-діагностика ступеню дегенеративних змін хребта, результати якої не впливають на тактику лікування гострого стану; МРТ-діагностика при загостренні хвороб опорно-рухового апарату без проходження курсу лікування призначеного лікарем.

10.5. Страховик не сплачує та не відшкодовує вартість (якщо інше прямо не передбачено умовами Програми страхування):

10.5.1. лікування в плановому порядку (у т.ч. планові операції), лікування залишкових явищ та наслідків будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків їх загострення;

10.5.2. медичних послуг та медикаментів отриманих поза межами території та строку дії договору; медичних послуг та медикаментів, не передбачених умовами Програми страхування;

10.5.3. вживання медичних препаратів та інших речовин, а також застосування методів лікування, не призначених лікарем (самолікування); експериментального або науково-дослідного лікування, медичних послуг чи медичних препаратів, які недозволені та/або незареєстровані в Україні; препаратів та засобів у вартість яких включено ПДВ 20%;

10.5.4. послуг, надання яких не погоджене зі Страховиком до моменту їх отримання, в закладах охорони здоров'я як з переліку Страховика, так і поза цим переліком, крім випадків надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при настанні страхового випадку, що загрожує життю Застрахованої особи;

10.5.5. медичних послуг, наданих з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами (як-то: туберкульоз, бронхіальна астма, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення та інші) тощо);

10.5.6. підбору та придбання окулярів, лінз; операцій по корекції зору, оптична та лазерна корекція зору, використання лазерних технологій;

10.5.7. проведення косметичних операцій і процедур та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, операцій та інших видів лікування з приводу ожиріння (в тому числі виявлення причини захворювання); проведення пластичних естетичних операцій; гігієнічних процедур (гігієнічні ванни, клізми, видалення сірчаних пробок тощо);

10.5.8. масажу всіх видів та реабілітації, окрім випадків необхідної ЛФК та фізіотерапії після стаціонарного лікування гострих захворювань або загострень хронічних захворювань протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб;

10.5.9. альтернативної медицини — голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, діагностика та лікування по Фолю, мікрохвильова, інформаційна терапія, еферентні методи, PRP-терапія (плазмоліфтинг), гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія, гомеопатичне лікування та інше;

10.5.10. лікарських засобів, необхідних для тривалого прийому (крім стадії загострення, в період якої покриваються усі витрати до стабілізації стану здоров'я, строком не більше 30 днів), підтримуючої та замісної терапії; лікування захворювань поза межами стадії загострення; лікування захворювань строком більше 30 діб;

10.5.11. будь-якого протезування, в т.ч. постановку стентів, серцевих клапанів; металоконструкції для остеосинтезу, імпланти, фіксатори, гвинти, пластини, в т.ч. інші витратні матеріали, що використовуються для проведення артроскопічних та інших операцій; підбору та використання протезів різного характеру і призначення; медичні пристрої, що заміщують або корегують функції уражених органів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів та інших); допоміжні засоби медичного користування (милиць, інвалідних візочків, бандажів, естетичних фіксуючих пов'язок (пластеркасти, фасткасти та інші);

10.5.12. профілактичних, диспансерних та лікувально-оздоровчих заходів (медикаментів, призначених з метою профілактики, імунізації, вакцинації, санаторно-курортне лікування тощо);

10.5.13. діагностики та лікування супутніх захворювань, які не є необхідними для лікування основного захворювання;

10.5.14. додаткових витратних матеріалів, крім спирту, шприців та голок одноразових для ін'єкцій, катетерів для системи кровообігу, засобів для вливання крові, марлі медичної, пакетів перев'язочних, пов'язок перев'язочних, вати медичної, бинтів марлевих, гіпсових бинтів, лейкопластирів, рукавичок латексних (стерильних та нестерильних), рукавичок спеціальних (вінілових, нітрилових), рентгенівських плівок, шовного матеріалу, голок та наборів для анестезії (епідуральних, спинальних), скальпелів, лез; медичного устаткування, інструментарію (набори для емболізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, електроди, ріжучі петлі, деартеріалізації, артроскопічні набори, набори для лапароскопічних та ендоскопічних втручань, витратні матеріали для металоостеосинтезу тощо); медичної апаратури (небулайзери, тонометри, електроди, глюкометри тощо);

10.5.15. послуг та товарів, що не є необхідними з медичної точки зору, для діагностики або лікування;

10.5.16. штучної шкіри; плазмозамінників (альбуміни), кровозамінників та препаратів крові, парентерального харчування, харчових сумішей, які застосовуються в умовах реанімаційного відділення;

10.5.17. екстракорпоральних методів лікування, у тому числі гемодіаліз, плазмофрез, гідроколонотерапію, лазеротерапію, кріотерапію, аутогематерапію і озонотерапію; гіпербаричну й нормобаричну оксигенацію (крім реанімаційних заходів), гіпокситерапію;

10.5.18. реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, риноластика тощо), септопластики, вазотомії, операції на серці та судинах, у т.ч. на коронарних судинах (стенкування, шунтування);

10.5.19. медикаментів, що входять в схему лікування, але не мають прямої патогенетичної дії (стимулятори загальної дії, препарати метаболічної дії, полівітамінні та вітамінно-мінеральні комплекси, гепатопротектори, хондропротектори [тобто препарати, що містять у своєму складі хондроїтин-сульфат, D-глюкозамін, або гіалуронову кислоту], імуномодулятори, системні ензими, ангіопротектори та інші); а також гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статини, окрім 1 місяця лікування при гострому інфаркті міокарда), простагландинів, матеріалів для алло- і ксенопластики, біологічно активних (харчових) добавок; дезінфікуючих засобів, предметів гігієни, шампунів, кремів, паст, сольових розчинів тощо; препаратів урсодезоксіхोलієвої кислоти ("Урсофальк" та інші);

10.5.20. видалення бородавок, папілом, невусів, ліпом, атером, гігром, гемангіом тощо, за винятком ускладнених випадків (травмування, кровотеча, нагноєння);

10.5.21. проведення пластичних операцій; оперативних втручань, пов'язаних з пересадкою органів і тканин Застрахованій особі (окрім пересадки тканин, як етап лікування травматичного ушкодження), в т.ч. переливанням крові та її компонентів; оперативних втручань та маніпуляцій, направлених на профілактику можливих ускладнень захворювання; медичних послуг, пов'язаних з проведенням донорських операцій, коли донором є Застрахована особа, а також наслідків цих операцій;

10.5.22. медичних довідок щодо придатності до керування транспортними засобами, для отримання дозволу на зброю, на вступ до учбових/дитячих закладів, довідок в басейн, проходження профілактичних оглядів, довідок для санаторно-курортного лікування та інших

10.5.23. допоміжних медикаментів, призначених з метою підготовки до обстежень, якщо вони не спрямовані на безпосереднє лікування основного захворювання;

10.5.24. стоматологічних послуг;

10.5.25. медикаментозних препаратів при застосуванні двох або більше аналогічних препаратів (різні назви одного препарату, виробленого різними фармакологічними компаніями) та/або однакової фармакотерапевтичної групи за класифікацією АТХ ВООЗ не нижче третього рівня деталізації;

10.5.26. благодійних внесків, страхових платежів за іншими Договорами страхування;

10.5.27. перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;

10.5.28. послуг косметолога, сурдолога, подолога, трихолога, логопеда, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога, імунолога, нарколога, психолога, психіатра, психотерапевта, психоаналітика, психоневролога (окрім невропатолога), гомеопата;

10.5.29. транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної медичної допомоги;

10.5.30. комплексного лікування станів, що вимагає застосування замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.), окрім ферментів підшлункової залози терміном до 14 (чотирнадцяти) діб; застосуванням препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо); гормональних спіралей типу "Мірена";

10.5.31. послуг та медикаментів, у разі відмови Застрахованої особи на вимогу Страховика пройти додаткове медичне обстеження або огляд представниками медичного закладу для підтвердження встановленого їй діагнозу та необхідності отриманих послуг;

10.5.32. послуг та медикаментів, необхідність отримання яких пов'язана з вагітністю, пологами, а також тестів на виявлення вагітності; будь-яких медичних послуг, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з чоловічим/жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням і вагітністю (в тому числі визначення гормонів репродуктивної групи) та наслідків патологічної вагітності (крім випадків переривання вагітності за медичними показниками при загрозі життю матері);

10.5.33. лікування більше двох загострень кожного хронічного захворювання, що не є винятком зі страхових випадків, протягом строку дії Договору страхування;

10.5.34. лікування важких захворювань (гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу, менінгіт, енцефаліт, тощо) строком понад 2 місяці;

10.5.35. будь-якої діагностики, якщо вона: направлена на уточнення причини, ступеню, стадії та / або призначення схеми лікування захворювання, оплата лікування якого не передбачена умовами договору; пошуку супутньої патології, яка не має прямого відношення до причини звернення пацієнта (гіпердіагностика); контрольної діагностики за результатами лікування;

10.5.36. послуг та медикаментів, призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України

(МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини, а також послуг/медикаментів пов'язаних з поліпрагмацією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями;

10.5.37. медичної допомоги, необхідність у наданні якої виникла внаслідок заняття Застрахованою особою спортом на професійному рівні або занять екстремальними видами спорту, пов'язаних з високим ризиком для здоров'я (гірські лижі, мотоспорт, дельтапланеризм, альпінізм, бокс, стрибки з парашутом, сноуборд, дайвінг, серфінг та інші);

10.5.38. послуг та медикаментів, призначених особі, що не є Застрахованою особою або при використанні картки Застрахованої особи особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг.

За погодженням Сторін у Договорі страхування може бути доповнено або змінено наведений у Розділі 15 Загальних умов перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування

10.4. Виключення із страхових випадків, зазначені в пунктах 10.1. - 10.3 цих Загальних умов можуть покриватися страхуванням, про що зазначається в Договорі страхування.

10.5. Договором страхування можуть бути передбачені також інші випадки звільнення Страховика від обов'язку щодо здійснення страхової виплати та інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування.

10.6. Умови Договору страхування можуть уточнювати (конкретизувати) певні події, що є винятками із страхових випадків та обмеження страхування, щодо: збитків, пошкоджень, витрат, витрат, кваліфікацій дій (представників/працівників), подій, природних явищ та процесів (зокрема, серед іншого робіт), станів/ну.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори по Договору страхування між Страхувальником (Вигодонабувачем) і Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

11.2. Якщо сторони по Договору страхування шляхом переговорів не дійшли згоди, то вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

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

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник повідомляє Страховика про таку подію за наступними контактними даними:

телефон: **+38 0482 330 041**

за адресою: **Україна, 65047, м. Одеса, вул. М. Грушевського, 39д, каб. 15**

на електронну пошту: office@icarsenal.od.ua

13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Ці Загальні умови починають свою дію з «10» вересня 2024 року

13.2. Строк дії цих Загальних умов не обмежений.

13.3. Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким самим чином, що й нові Загальні умови страхового продукту.

13.4. Із введенням в дію нової редакції Загальних умов, попередня редакція таких Загальних умов припиняє свою дію. Нові Договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

13.5. Договір страхування, укладений за попередньою редакцією Загальних умов, продовжує діяти на Загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.

13.6. Умови страхування, в т.ч. що не врегульовані цими Загальними умовами, регулюються Договором страхування та законодавством України. У випадку, якщо Договір страхування конкретизує, уточнює або доповнює положення цих Загальних умов, або замінює відповідні умови, то пріоритет мають положення Договору страхування.

13.7. Договір страхування може містити інші умови за згодою Сторін.

13.8. Конкретні умови страхування визначаються Договором страхування.