

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ (СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)»

(затверджено згідно з Наказом № 110/2024 від 26.06.2024, редакція діє з 27.06.2024)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування (страхування здоров'я)» (далі – **Умови**) розроблені ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП» (далі – Страховик).

Умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» згідно з Законом України «Про страхування» № 1909-IX від 18.11.2021 та з врахуванням нормативно-правових актів Національного банку України та внутрішніх документів Страховика.

Страховий продукт «Медичне страхування (страхування здоров'я)» є страховим продуктом із нестандартними умовами, які є змінними та не однаковими для визначеного кола Страхувальників (клієнтів).

Обсяг страхового покриття, уключаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, визначаються в Договорі страхування в разі його укладення відповідно до цих Умов.

1.2. За Договором страхування, укладеним відповідно до цих Умов, Страховик за встановлений Договором страхування страховий платіж, зобов'язаний здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування, в розмірі страхової суми або її частини шляхом оплати вартості медичної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі медичними закладами, до яких вона звернулася під час дії Договору страхування, у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, ускладненням захворювання або розладом здоров'я, внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої цими Умовами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медичної допомоги (далі за текстом – медична допомога другорядного значення/парамедична допомога/профілактичні заходи/реабілітація та інше відповідно умов Програми медичного страхування).

1.3. За цими Умовами та за нормами чинного законодавства України Страхувальником може бути юридична або дієздатна фізична особа.

1.4. В цих Умовах визначаються загальні положення та порядок здійснення медичного страхування, конкретні умови страхування визначаються Договором медичного страхування (страхування здоров'я) (далі за текстом – Договір страхування). Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування.

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

2.1. Терміни, які використовуються по тексту цих Умов та в Договорах страхування, укладених відповідно до цих Умов, вживаються у наступному значенні:

2.1.1. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої (за її згодою) Страхувальником укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

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

2.1.3. Картка Застрахованої особи – пластикова/електронна картка, видана Страховиком Застрахованим особам за Договором страхування, призначена для ідентифікації / авторизації Застрахованої особи при зверненні в Медичні заклади. Картка Застрахованої особи засвідчує право Застрахованої особи на отримання медичних послуг згідно з обраною Програмою страхування та відповідно до умов Договору страхування.

2.1.4. Захворювання – погіршення у Застрахованій особі фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання кваліфікованої медичної допомоги. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану та може виступати у формі гострого захворювання, загострення захворювання або ускладнення захворювання.

2.1.5. Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи, та причини виникнення якого ніяк не пов'язані із медичним станом Застрахованої особи, що існував до моменту початку захворювання.

2.1.6. Загострення захворювання – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання кваліфікованої медичної допомоги.

2.1.7. Ускладнення захворювання – новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало.

2.1.8. Хронічне захворювання – захворювання Застрахованої особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

2.1.9. Фаза ремісії – період хронічного захворювання Застрахованої особи, який наступив самостійно або внаслідок надання медичної допомоги, для якого характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи та відсутня безпосередня загроза для працездатності та життя Застрахованої особи.

2.1.10. Медичний стан – офіційно визначена лікарем та підтверджена первинною та/або вторинною медичною документацією медична характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи з точки зору необхідності надання їй певного виду медичної або іншої допомоги.

2.1.11. Лікар – особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (диплом про вищу медичну освіту, сертифікат спеціаліста, ліцензію тощо).

2.1.12. Лікарські засоби – речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

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

2.1.14. Медичні заклади – це лікувально-профілактичні заклади (далі - ЛПЗ), науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, які мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності і з якими Страховиком або представником Страховика укладені договори про надання Застрахованим особам медичної допомоги в обсязі згідно з Програмами медичного страхування.

2.1.15. Базовий медичний заклад – це медичний заклад вказаний в Переліку лікувально-профілактичних закладів, в якому є можливість отримати необхідний обсяг медичної допомоги, в тому числі без залучення інших медичних установ, в межах умов страхування згідно критеріїв ЛПЗ (консультація лікаря терапевта/педіатра/сімейного лікаря на дому; консультація лікаря терапевта/ педіатра/ сімейного лікаря в лікарні; консультація лікарів суміжних спеціальностей не нижче II категорії; наявність лабораторії; можливості відкриття лікарняних листків; досвід відсутності обґрунтованих скарг на роботу базового медичного закладу у клієнтів; доступність та клієнтоорієнтованість).

2.1.16. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де може надаватися кваліфікована медична допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи.

2.1.17. Медичне транспортування – перевезення Застрахованої особи та супроводжуючої її особи до чи із медичного закладу, якщо цього вимагає медичний стан Застрахованої особи.

2.1.18. Парамедична допомога – це допомога, яка впливає на здоров'я фізичних осіб та надається без медичного призначення особою, яка не має професійної медичної освіти.

- 2.1.19. Період очікування** – період, протягом якого будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми/свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах, не можуть бути підставою для отримання страхового відшкодування протягом усього терміну дії страхового покриття. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування.
- 2.1.20. Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю та працездатності Застрахованої особи.
- 2.1.21. Представник Страховика** – особа, яка перебуває із Страховиком у договірних або трудових відносинах і якій Страховик делегував частину своїх зобов'язань та/або прав. Представником Страховика може бути медичний заклад, асистуюча компанія, лікар тощо.
- 2.1.22. Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату ЛПЗ, Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.
- 2.1.23. Програма медичного страхування** – це визначений Договором страхування комплекс послуг, який надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку (далі – Програма страхування).
- 2.1.24. Опція програми страхування** – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених Програмою страхування.
- 2.1.25. Декларація про стан здоров'я** – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором страхування та/або цими Умовами.
- 2.1.26. Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку, та на виплату страхового відшкодування** – інформація, що надається Страхувальником (його представником) у формі телефонного звернення до контакт-центру Страховика, заяви через офіційний сайт Страховика в мережі Internet та/або письмового документа встановленої Страховиком форми, що заповнюється Страхувальником (особою яка має на це право відповідно до умов Договору страхування), яка містить основні відомості про подію, захворювання, медичної допомоги та дані, необхідні для вжиття Страховиком заходів щодо оформлення всіх необхідних документів.
- 2.1.27. Асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам на умовах, передбачених Договором.
- 2.1.28. Компетентні органи** – офіційні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків страхових подій, розслідування причин їх виникнення, винесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до страхового випадку (наприклад, міліція, пожежна охорона, гідрометеослужба, швидка медична допомога тощо).
- 2.1.29. Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.
- 2.1.30. Телемедицина** – комплекс організаційних, фінансових і технологічних заходів, що забезпечують надання дистанційної консультаційної медичної послуги, при якій Застрахована особа отримує дистанційну консультацію лікаря з використанням телекомунікацій.
- 2.1.31. Міжнародна класифікація хвороб** (далі - МКХ) - документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Діючою вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнавати розділ МКХ.
- 2.1.32. Член родини Застрахованої особи** - особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою - подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки, віком не старших 60 років якщо інше не погоджено Програмою страхування.
- 2.1.33. Сторони** – Страховик та Страхувальник.
- 2.1.34. Страхова виплата (страхове відшкодування)** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.
- 2.1.35. Страхова послуга** – вид фінансової послуги, що надається Страховиком для забезпечення потреби потенційного Страхувальника у страховому захисті на підставі Договору страхування.

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

2.1.37. 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.

2.1.38. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування або закону. Страхове покриття за конкретним Договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

2.1.39. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від страхової суми та використовуватись як до загальної страхової суми, так і до страхової суми по кожному окремому предмету Договору страхування, в залежності від умов Договору страхування.

2.1.40. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, 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.

2.1.41. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування, пов'язаних з відшкодуванням Страхувальником (особою, відповідальність якої застрахована) заподіяної ним (нею) шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі. Договір може бути укладено відповідно до законодавства України за умови наявності в потенційного Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована), страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

2.1.42. Страховий продукт – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

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

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

2.1.45. Страховик – фінансова установа або філія Страховика-нерезидента, які мають право здійснювати діяльність із страхування на території України. Страховиком за Договорами страхування, укладеними згідно з цими Умовами є ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП».

2.1.46. Страхувальник – юридична особа та/або дієздатна фізична особа віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, яка уклала Договір страхування на користь себе або іншої третьої особи, по відношенню до якої у Страхувальника є майнові зобов'язання та прийняла умови за Договором страхування.

2.1.47. Таємниця страхування – сукупність інформації про клієнта (Страхувальника) та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням Договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту (Страхувальнику).

2.1.48. Документ – спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно: матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні).

2.1.49. Копія документу - це точне відтворення документа з оригіналу на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом.

2.1.50. Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія) - візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчено електронним цифровим підписом (кваліфікованим електронним підписом).

2.2. Терміни (визначення), не обумовлені цими Умовами, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Умовами та не

може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. Об'єктом страхування за Договором страхування, укладеним відповідно до Умов, є здоров'я та працездатність фізичних осіб.

3.2. Страховим ризиком є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнене захворювання або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та/або у інших випадках передбачених Програмою страхування, а саме звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного, фармацевтичного або іншого закладу.

3.3. Страховим випадком є мотивоване звернення Застрахованої особи в період та у місці дії Договору до медичного закладу, за медичною допомогою та парамедичною допомогою з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, ускладнення захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та/або у інших випадках передбачених Програмою страхування. Обсяг медичної та парамедичної допомоги визначається Програмою страхування.

3.4. Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту, які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

3.5. Конкретний перелік страхових випадків та страхових ризиків за кожним окремим Договором страхування визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та зазначається в такому Договорі страхування.

3.6. Для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік ризиків та обсяг видів медичної допомоги і послуг що надаються Застрахованій особі за Договором страхування, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, класи/типи медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі, інші обмеження).

3.7. Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які наставали до набрання чинності Договору страхування, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

3.8. Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою сторін при укладанні Договору страхування. Страхова сума встановлюється за кожною особою та за Договором страхування в цілому.

3.9. У Договорі страхування в межах страхової суми визначаються ліміти/субліміти (в тому числі грошові ліміти та негрошові ліміти, визначені кількістю послуг, які передбачені умовами опцій Програми страхування) відповідальності Страховика за окремими ризиками.

3.10. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

3.11. У Договорі страхування визначається територія (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється. Страхове покриття за цими Умовами визначається в Договорі страхування з урахуванням наступного:

3.11.1. Україна, окрім: тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження; територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення (розмежування) та територій, на яких ведуться бойові дії (перелік таких територій визначається на дату подій, що має ознаки страхового випадку, відповідно до законодавства); територій, на яких на дату настання події, що має ознаки страхового випадку, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; територій проведення оголошеної або не оголошеної війни.

3.11.2. Дія Договору страхування може поширюватись на територію України та/або на територію інших країн (весь світ). При цьому виключення окремих територій зі страхового покриття передбачається Договором страхування.

3.12. Медичне страхування (страхування здоров'я), характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання за-

страхованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування.

3.13. Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі.

3.14. Перелік можливих страхових випадків:

3.14.1. гостре захворювання;

3.14.2. хронічне захворювання у стадії загострення;

3.14.3. хронічне захворювання поза стадією загострення;

3.14.4. травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку;

3.14.5. інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне);

3.14.6. необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або товарах.

3.15. Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів.

3.16. Страхування за цими Умовами може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

3.16.1. організацію послуг;

3.16.2. консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів та інше);

3.16.3. оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення, згідно Програми страхування;

3.16.4. оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі;

3.16.5. відшкодування вартості страхового випадку для Застрахованих осіб, які мають діючу програму медичного страхування на території України та перебувають за кордоном, в межах визначеного ліміту/субліміту по опції

3.16.5.1. Застрахована особа може отримати амбулаторно - поліклінічну допомогу (консультації лікарів (в тому числі онлайн), медикаментозне забезпечення, діагностику) за самооплату, з подальшим відшкодуванням витрачених власних коштів Страховиком в межах ліміту/субліміту відповідальності Страховика, які передбачені відповідною опцією Програми страхування. Відшкодування витрат здійснюється в національній валюті України з перерахунком по курсу валют Національного банку України на дату платіжної документації, на підставі оригіналів документів про надання послуг медичного закладу за кордоном (виписки, рецепти, деталізовані оплачені рахунки, платіжні документи) або сканкопії / фото вказаної документації при подачі її через вебсайт Компанії (врегулювання онлайн).

3.17. Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком може відбуватись як шляхом відшкодування витрачених коштів Застрахованою особою, так і медичній або іншій установі на підставі Заяви Застрахованої особи.

3.18. Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування при «загальних» та «спеціальних» соматичних захворюваннях:

3.18.1. послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги;

3.18.2. невідкладна стаціонарна допомога;

3.18.3. планова стаціонарна допомога;

3.18.4. консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

3.18.5. інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

3.18.6. амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати);

- 3.18.7. денний стаціонар та маніпуляції;
- 3.18.8. фізіопроцедури;
- 3.18.9. лікувальний масаж;
- 3.18.10. лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 3.18.11. оформлення медичної документації;
- 3.18.12. медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 3.18.13. стоматологічні послуги;
- 3.18.14. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- 3.18.15. діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань;
- 3.18.16. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
- 3.18.17. діагностика та лікування ускладнень вагітності;
- 3.18.18. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору страхування;
- 3.18.19. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору страхування;
- 3.18.20. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору страхування;
- 3.18.21. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору страхування;
- 3.18.22. діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору страхування;
- 3.18.23. діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору страхування;
- 3.18.24. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору страхування;
- 3.18.25. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору страхування;
- 3.18.26. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору страхування;
- 3.18.27. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору страхування;
- 3.18.28. діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, по запиті Страхувальника;
- 3.18.29. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах;
- 3.18.30. планові, профілактичні, та колективні медичні послуги:**
 - 3.18.30.1. профілактика грипу;
 - 3.18.30.2. вітамінізація;
 - 3.18.30.3. профілактично-оздоровчі послуги;
 - 3.18.30.4. профілактично-оздоровчий масаж;
 - 3.18.30.5. плановий патронаж вагітної жінки;
 - 3.18.30.6. медична допомога при пологах;
 - 3.18.30.7. патронаж дитини до 1 року;
 - 3.18.30.8. планова вакцинація дитини;
 - 3.18.30.9. профілактичний огляд за наказом МОЗ;
 - 3.18.30.10. профілактичний огляд;
 - 3.18.30.11. офтальмологія профілактична;
 - 3.18.30.12. офісна аптечка;
 - 3.18.30.13. офісний лікар;
 - 3.18.30.14. корпоративний ліміт на виключення;
 - 3.18.30.15. спеціальні опції;
 - 3.18.30.16. інші опції, передбачені Договором страхування, в т.ч. бонусні опції Страховика.
- 3.18.31. Страховик має право комбінувати різні опції в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування - впроваджувати нові опції.
- 3.18.32. Детальний опис опцій страхування наводиться у Програмі страхування, яка є Додатком до Договору страхування.

4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування/Програмою страхування, страховим випадком не визнаються та не підлягають будь-який діагностиці та/або лікуванню за Договором страхування звернення з приводу зазначених у цьому пункті захворювань/травм/станів/ синдромів та їх ускладнень:

4.1.1. Захворювання/травми/стани/синдроми та їх ускладнення:

4.1.1.1. Спричинені вживанням алкоголю, наркотичних речовин, токсичних речовин, спробою самогубства (крім випадків коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб) некваліфікованого самолікування, цілительства, використання нетрадиційних методів лікування (гіпноз, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування, тощо), нанесенням собі тілесних ушкоджень (чи інших дій, спрямованих на настання страхового випадку).

4.1.1.2. Травми, отримані Застрахованою особою під час ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

4.1.1.3. Будь-яке захворювання чи травма, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань.

4.1.1.4. Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://dec.gov.ua/> та на сайті МОЗ України за адресою: <https://guidelines.moz.gov.ua/>.

4.1.1.5. Коли Застрахованій особі було відомо до укладання Договору страхування про стан здоров'я, який потребує надання невідкладної медичної допомоги чи іншої медичної допомоги, інформацію про який вона або її законний представник не надали в Декларації про стан здоров'я, якщо така є частиною Заяви на страхування.

4.1.1.6. Неправильного лікування Застрахованою особою (в тому числі вживання ліків які не рекомендовані медичним(и) закладом(и) або перевищення дози прийому ліків).

4.1.1.7. Неправильне лікування медичним(и) закладом(и), розпочате до початку дії Договору страхування, яке спричинило наслідки, які підпадають під страховий випадок і розпочалися під час дії Договору страхування.

4.1.1.8. Що виникли внаслідок занять професійним спортом, занять екстремальними видами спорту та розваг (альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розвагами, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин) та іншими діями, які невласливі щоденній життєвій та професійній діяльності Застрахованої особи. В межах цього Договору страхування термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах.

4.1.1.9. Що прямо чи опосередковано пов'язані з: ворожими актами, будь-якими військовими заходами чи спробами їх придушення та/або їх наслідками; дією зброї будь-якого типу (крім протиправних дій третіх осіб не пов'язаних з подіями перерахованими в даному пункті, що підтверджено компетентними органами); заколотом, військовим або народним повстанням, революцією, блокадою, захопленням (узурпацією) влади, введенням воєнного або надзвичайного стану; з активною участю Застрахованої особи у терористичних актах, мітингах, демонстраціях.

4.1.1.10. Захворювання, у тому числі травми, набуті під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, стрільками ВОХОР, а також під час проходження військової служби.

4.1.1.11. Що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф.

4.1.1.12. Особливо небезпечні інфекції згідно чинних Наказів МОЗ України.

4.1.1.13. Що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору страхування та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору страхування.

4.1.1.14. Що не є результатом гострих захворювань, загострень хронічних захворювань, травм та/або не передбачені Програмою страхування.

4.2. Наступні групи захворювань, захворювання та стани, нозологічні форми (код за МКХ-10):

- 4.2.1.** Радіаційні ураження (променева хвороба) та інші захворювання і наслідки дії радіації та іонізуючого випромінювання, радіоактивного забруднення.
- 4.2.2.** Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекції, в т.ч. уrogenітальні: хламідіоз, трихомоноз, уреapлазмоз, аногенітальна герпетична інфекція (A50-A64).
- 4.2.3.** Папіломовірусна інфекція (B97.7, B 07).
- 4.2.4.** Гарднерельоз (B96).
- 4.2.5.** Уrogenітальний шигельоз (A03).
- 4.2.6.** Різні імунodefіцити (D80-D89).
- 4.2.7.** ВІЛ інфекції та СНІД (B20-B24).
- 4.2.8.** TORCH-інфекції (B58, P35, P37.1, B96.81).
- 4.2.9.** Герпес-вірусні інфекції (всіх типів, в т.ч. Епштейн-Бар) за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (інфекційний мононуклеоз, краснуха, вітряна віспа) (B00-B09).
- 4.2.10.** Цитомегаловірусна інфекція (B25, B27.1, P35.1, K77.0, J17.1).
- 4.2.11.** Вірусносійство, бактеріосійство.
- 4.2.12.** Інфекція *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) пов'язана з: *H. pylori*-асоційованим хронічним гастритом (активний хронічний гастрит), виразкою дванадцятипалої кишки, ЛТСО-лімфомою (лімфоїдна тканина слизових оболонок), виразкою шлунка (B96.81).
- 4.2.13.** Алергічні захворювання, в тому числі алергічний риніт, поліноз, крім невідкладних станів (J30-J30.4).
- 4.2.14.** Мікози (B35-B49).
- 4.2.15.** Екзема (B00.0, B35.6, H60.5, L20.8, L23.9, L24.9, L25.9, L30.3, L30.9).
- 4.2.16.** Атопічний дерматит (нейродерміт) (L20).
- 4.2.17.** Себорея будь-якого типу, в т.ч. себорейний дерматит (L21).
- 4.2.18.** Вугрі (акне) (L70, L73.0).
- 4.2.19.** Розацеа (L71).
- 4.2.20.** Папулосквамозні порушення (псоріаз, парапсоріаз, пітіриаз, червоний плаский лишай та ін.) (L40- L45).
- 4.2.21.** Мозолі (L84).
- 4.2.22.** Простий хронічний лишай та свербіць (L28).
- 4.2.23.** Контагіозний молюск (B08.1).
- 4.2.24.** Гіпергідроз (R61).
- 4.2.25.** Дисгідроз (L30.1).
- 4.2.26.** Алопеція (L63-L66).
- 4.2.27.** Онїходистрофія (L60, крім L60.0, L62).
- 4.2.28.** Кератодермії (в т.ч. гіперкератоз) (L82-L87).
- 4.2.29.** Порушення пігментації шкіри (L80-L81).
- 4.2.30.** Короста (B86).
- 4.2.31.** Педикульоз (B85).
- 4.2.32.** Демодекоз (B88.0).
- 4.2.33.** Врослий ніготь (L60.0).
- 4.2.34.** Паразитарні захворювання (в тому числі паразитарні захворювання шкіри), глистяні інвазії у осіб віком старше 16 років, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз тощо) та інших органів (B65-B89, A06, A07.1).
- 4.2.35.** Укуси, ужалення неотруйними комахами та іншими неотруйними членистоногими тощо; інсектна алергія, окрім невідкладних станів (W57).
- 4.2.36.** Інфекційні хвороби, спричинені спіротехами (Хвороба Лайма) (A65-A69).
- 4.2.37.** Вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, в т.ч. отримані під час пологів (дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехії, клишоногість, тощо), спадкові та генетичні захворювання, деформації та хромосомні порушення (Q00-Q99, G80).
- 4.2.38.** Психічні розлади та розлади поведінки, сексуальні дисфункції (F00-F99, N48.4).
- 4.2.39.** Демієлінізуючі захворювання, в т.ч. розсіяний склероз (G35-G37).
- 4.2.40.** Порушення мови (R47-R48).
- 4.2.41.** Порушення сну (G47, F51).
- 4.2.42.** Епілепсія (G40-G41).
- 4.2.43.** Захворювання печінки будь-якої етіології (крім вірусного гепатиту А та токсичного гепатиту внаслідок нещасного випадку).

- 4.2.44.** Контрацепція, безпліддя, планування сім'ї, відновлення та збереження функції дітонародження включно зі штучним (екстракорпоральним) заплідненням та його ускладненнями (Z30, Z31, N46, N97, N98).
- 4.2.45.** Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.) (N91-N95).
- 4.2.46.** Трансгендерний перехід (зміна статі).
- 4.2.47.** Системні захворювання сполучної тканини (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші) (M30-M36).
- 4.2.48.** Аутоімунні захворювання; аутоімунний тиреоїдит; хронічні артропатії та спондилопатії (M30-M36, D59.0-D59.1, E06.3).
- 4.2.49.** Професійні захворювання, спричинені шкідливими виробничими факторами.
- 4.2.50.** Захворювання, які є причиною встановлення інвалідності, їх наслідки та ускладнення.
- 4.2.51.** Соматоформні розлади, в тому числі вегето-судинна дистонія (ВСД), нейроциркуляторна дистонія (НЦД) (F45, F43, R45, G90.8, G90.9).
- 4.2.52.** Захворювання, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо); ендокринні патології, комплексне лікування захворювань та станів, що потребують коригуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів); розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз) (E10-E14, A15-A19, J45).
- 4.2.53.** Злоякісні новоутворення, новоутворення невизначеного або невідомого характеру (C00-C97, D00-D09 D37-D48).
- 4.2.54.** Доброякісні новоутворення (D10-D36, D17.0-D17.3).
- 4.2.55.** Гіпертрофія аденоїдів (J35.2).
- 4.2.56.** Захворювання крові та кровотворних органів, крім залізодефіцитної анемії та анемії, зумовленої гострою крововтратою середнього і важкого ступеню (D51-D77).
- 4.2.57.** Варикозне розширення вен будь-якої локалізації, крім невідкладних станів (I83, I85-I86).
- 4.2.58.** Геморой, періанальний венозний тромбоз, крім невідкладних станів, а також крім зняття гострого болю та забезпечення кровоспинними препаратами при гострих станах (I84, K64).
- 4.2.59.** Хронічна венозна недостатність (I87.2).
- 4.2.60.** Облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера) (I70, I73.1).
- 4.2.61.** Хвороба Рейно (I73.0).
- 4.2.62.** Короткозорість (міопія) (H52.1).
- 4.2.63.** Далекозорість (гіперметропія) (H52.0).
- 4.2.64.** Астигматизм (H52.2).
- 4.2.65.** Катаракта (H25-H26, H28).
- 4.2.66.** Астенопія (H53.1).
- 4.2.67.** Косоокість (H49-H51).
- 4.2.68.** Глаукома (H40-H42).
- 4.2.69.** Синдром «сухого ока» (H04.1).
- 4.2.70.** Халязіон (H00.1).
- 4.2.71.** Комп'ютерний синдром (H58.8).
- 4.2.72.** Захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.) (H30-H36).
- 4.2.73.** Кератоконус (H18.6.).
- 4.2.74.** Незапальні хвороби жіночих статевих органів, крім невідкладних станів (N80- N98).
- 4.2.75.** Доброякісні дисплазії молочної залози (в т.ч. дифузна кістозна мастопатія та інші) (N60).
- 4.2.76.** Мастодинія (N64.4).
- 4.2.77.** Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудники якої перелічені в пп.4.1.2.2, 4.1.2.4 (N34, N41, N48.1).
- 4.2.78.** Хронічна ниркова недостатність (N18).
- 4.2.79.** Атеросклероз (I70, I67.2).
- 4.2.80.** Кардіосклероз (I25.1).
- 4.2.81.** Енцефалопатії будь-якого генезу (I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4).

- 4.2.82. Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирингомієлія (G10-G13, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95).
- 4.2.83. Остеоартроз, артроз, остеоартрит (M15-M19).
- 4.2.84. Остеопороз (M80-M83).
- 4.2.85. Анкілозуючий спонділоартрит (M45).
- 4.2.86. Сколіоз, кіфоз та лордоз (M41, M40, M96).
- 4.2.87. Плантарний (підшовний) фасциїт (пя'ткова шпора) (M72.2).
- 4.2.88. Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т.ч. набуті деформації кінцівок (M21).
- 4.2.89. Остеохондроз, дорсалгії, міжхребцеві кили та протрузії дисків (M42-M43, M91-M94, M50-M54).
- 4.2.90. Функціональні порушення, в тому числі синдром подразненого кишечника, дисбіоз (окрім лікування наслідків антибіотикотерапії), дисбактеріоз будь-якої локалізації, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закреп, дискінезія жовчовивідних шляхів), крім послуг, передбачених Програмою страхування (K63.8, R19.8).
- 4.2.91. Виразковий коліт (K51).
- 4.2.92. Гіпертрофія аденоїдів (J35.2).
- 4.2.93. Хвороба Крона (K50).
- 4.2.94. Саркоїдоз (D86).
- 4.2.95. Кардіоміопатії (I42-I43).
- 4.2.96. Ревматизм (I00-I02).
- 4.2.97. Бронхіальна астма (J45).
- 4.2.98. Подагра (M10).
- 4.2.99. Мігрень (G43).
- 4.2.100. Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0).
- 4.2.101. Синдром хребцевої артерії (M47.00).
- 4.2.102. Розлади харчування та порушення обміну речовин, крім екстреного стаціонарного лікування (E15-E16, E40-90).
- 4.2.103. Сечокам'яна хвороба, крім екстреного стаціонарного лікування (N20-N23).
- 4.2.104. Дегенеративно-дистрофічні зміни органів та тканин.
- 4.2.105. Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска (M23.1-M 23.3).
- 4.2.106. Захворювання в період латентного, персистуючого перебігу, в тому числі персистуючі інфекції.
- 4.3. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування/Програмою страхування, Страховик не організовує та не здійснює оплату наступних лікарських засобів, товарів медичного призначення, послуг та інших витрат:**
- 4.3.1. Медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення, які не є необхідними для лікування та діагностики станів, в т.ч. невідкладних, захворювань та їх ускладнень, що діагностовані під час надання медичних послуг, пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою.
- 4.3.2. Медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення, передбачені Програмою страхування, але не призначені лікарем, ліки, придбані поза аптечною мережею України.
- 4.3.3. Медикаменти, лікарські засоби, лікувальні маніпуляції для довготривалого лікування (більше, ніж 30 календарних днів) на кожен страховий випадок.
- 4.3.4. БАДи, харчові добавки, косметичні та гігієнічні засоби (в тому числі сольові розчини, окрім «Но – соль» чи «Аквмакс», що призначені для очищення носових ходів, перед використанням інших лікувальних назальних лікарських форм), креми, шампуні, будь-які засоби, які не входять до «Державного реєстру лікарських засобів».
- 4.3.5. Профілактичні щеплення, вакцинація, окрім антирабічної та протиправцевої (за медичними показаннями); за Програмами, що передбачають покриття профілактичних щеплень, страхове покриття не поширюється на профілактичні щеплення, які проводяться з порушенням термінів, передбачених чинним календарем затвердженим МОЗ України, окрім випадків надання медичного висновку з обґрунтуванням зміни термінів проведення щеплення.
- 4.3.6. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору страхування.
- 4.3.7. Сироватки, антитіла, антигени.
- 4.3.8. Специфічна імунотерапія алергічних захворювань.
- 4.3.9. Витрати на лікарські засоби наступних груп:

- 4.3.9.1.** Гомеопатичні, в т.ч. антигомотоксичні засоби. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.
- 4.3.9.2.** Гормональні засоби, крім глюкокортикоїдних гормонів; препарати аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо), гормональні спіралі типу «Мірена».
- 4.3.9.3.** Простагландини, окрім випадків переривання вагітності за медичними показаннями.
- 4.3.9.4.** Ферменти, в т.ч. числі загальної (системної) дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, серрата тощо), крім ферментів, що покращують травлення.
- 4.3.9.5.** Стрептокіназа, стрептодорназа та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 (шести) діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 (чотирнадцяти) діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 (двадцяти чотирьох) години з моменту встановлення діагнозу).
- 4.3.9.6.** Пробиотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги.
- 4.3.9.7.** Протигрибкові препарати.
- 4.3.9.8.** Засоби, що містять хондроїтин сульфат, глюкозамін та інші аналогічні засоби.
- 4.3.9.9.** Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток (в т.ч. біофосфонати).
- 4.3.9.10.** Гепатопротектори (гепатотропні препарати); кардіопротектори; ангіопротектори; препарати які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів (в тому числі препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо).
- 4.3.9.11.** Антитромботичні засоби (антикоагулянти), окрім застосування при стаціонарному лікуванні.
- 4.3.9.12.** Гіполідемічні засоби (в т.ч. статини).
- 4.3.9.13.** Препарати, які коригують процеси імунітету (імуномодулятори, імунокоректори, імунодерпресанти, імуносупресори), препарати для терапевтичної вакцинації/імунотерапії (бронхо-ваксом, бронхо-мунал, рибомуніл, ІРС19).
- 4.3.9.14.** Вітаміни та мінеральні комплекси (в т.ч. їх комбінації), мінеральні речовини (мікро- та макроелементи), біогенні стимулятори (біостимулятори).
- 4.3.9.15.** Лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси (з ноотропною, антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровоток, препарати, які замінюють синовіальну та слізну рідину, тощо); тканинні препарати (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо: солкосерил, актовегін, церебролізін, церегін, цереброкурін та ін.). Засоби що застосовуються при деменції.
- 4.3.9.16.** Антинеопластичні засоби. Препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла.
- 4.3.9.17.** Психотропні (в т.ч. снодійні, седативні, психостимулюючі, транквілізатори, ансіолітики, антидепресанти, антипсихотики тощо).
- 4.3.9.18.** Кровозамінники та препарати крові.
- 4.4.** Медичні вироби, в тому числі: медичні пристрої, що замінюють або коригують функції уражених органів (трансплантати, протези, ортези, імплантати, ендопротези, стенти, електроди, ріжучі петлі, лінзи тверді та м'які, пролінові сітки тощо), еластичний бинт, інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри), медичне устаткування (набори для анестезії, емболізації, деартерілізації, артроскопічні, лапароскопічні набори, витратні матеріали, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо); медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат. Дія даного пункту не розповсюджується на наступні витратні матеріали: гіпсові пов'язки (в тому числі типу скотч-каст та подібні), засоби для проведення ін'єкцій, перев'язувальний та шовний матеріал.
- 4.5.** Експериментальні діагностика та лікування, нетрадиційні діагностика та методи лікування (гіпноз, ірідодіагностика, біокорекція, біоенергетика тощо); діагностика та лікування, що не передбачені протоколами МОЗ України; діагностика і лікування станів та діагнозів, що не відповідають та не містяться в переліку МКХ-10, ІСРС-2.
- 4.6.** Дослідження на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту.
- 4.7.** Лікарські засоби, товари медичного призначення, медичні послуги, призначені з метою профілактики, необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення рецидивів і ускладнень; профілактичні послуги, санаторно-курортне лікування, заняття в басейні чи на тренажерах; медичні та профілактичні огляди, в тому числі для отримання дозволів на керування транспортним засобом, володіння зброєю, для вступу у навчальні/дошкільні заклади; оформлення документації для МСЕК,

оформлення документації, що не відноситься до страхового випадку; послуги з медичної реабілітації, в тому числі комплекс психологічних, педагогічних, професійних та юридичних заходів.

4.8. Послуги психолога, логопеда, психіатра, психоаналітика, дієтолога, сурдолога, імунолога, генетика, андролога, сексолога, подолога, трихолога.

4.9. Комплексне лікування захворювань та станів, що потребують корегуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної чи антигормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів), якщо інше не передбачено умовами Програми страхування.

4.10. Специфічна імунотерапія алергічних захворювань; генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму.

4.11. Вагітність та пологи, окрім витрат на невідкладну медичну допомогу при позаматковій вагітності, перериванні вагітності за медичними показаннями, матковій кровотечі, загиблогому плідному яйці (вагітність, що завмерла), кровотечі в ранні терміни вагітності, викидню, що не відбувся, спонтанному аборті, неповному аборті, повному або неуточненому аборті, передлежанні плаценти з кровотечею, передчасному відшаруванню плаценти, прееклампсії середнього та важкого ступеню тяжкості, еклампсії, защемленні вагітної матки, випадінні вагітної матки, ретроверсії вагітної матки. Проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому, тощо), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

4.12. Педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, вакцинація тощо), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

4.13. Захворювання та стани новонароджених, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч, розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених.

4.14. Діагностика та лікування порушень обмінних процесів (сечосольовий діатез, подагра, інсулінорезистентність тощо), транспорту солей, денситометрії, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограма, системна імунотерапія, серологічна діагностика тощо.

4.15. Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту; промивання лакун мигдаликів.

4.16. Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження), якщо інше не передбачено Програмою страхування.

4.17. Будь-які послуги, крім зазначених в Програмі страхування.

4.18. Оптична та лазерна корекція зору.

4.19. Альтернативна медицина (мануальна терапія, масаж, міорелаксація, голкорексфлексотерапія, кріомасаж, кріотерапія, водогрязетерапія, водні процедури, підводне витягування, лікувальна фізкультура, кінезотерапія, кінезіотейпування, ударно-хвильова терапія, психотерапія, гірудотерапія тощо), озонотерапія (у тому числі в стоматології), УФО; механотерапія, підводні тракції, PRP- терапія тощо.

4.20. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика), операції на серці та судинах (в тому числі стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу тощо), направлені на зміну ваги, модифікацію тіла з метою поліпшення психологічного та емоційного стану, процедури та засоби, пов'язані з корекцією слуху, дефектами шкіри (кріотерапія, кріомасаж, видалення бородавок, папілом, кондилом (крім ускладнених випадків, а саме їх травмування, запалення); лікування келоїдних рубців, в тому числі травмування, артроскопічні операції для відновлення функції суглобів при дегенеративних розривах/змінах та з метою пластики.

4.21. Проведення літотріпсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) нирки каменем/ми; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі.

4.22. Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування, окрім випадків безперервної лонгації за згодою Страховика.

4.23. Транспортні витрати, починаючи від 31 км. від адміністративно-територіального кордону міста (крім витрат на транспортування Застрахованої особи яка перебуває на стаціонарному лікуванні, в інші медичні заклади для лікування за призначенням лікаря стаціонару у випадках, коли неможливо надати необхідну медичну допомогу в ЛПЗ, де перебуває Застрахована особа), транспортні витрати при транспортуванні з медичного закладу додому (окрім переломів нижніх кінцівок); транспортування в ЛПЗ на планову госпіталізацію.

4.24. Транспортні витрати при проведенні медичних маніпуляцій вдома (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше).

4.25. Медичного транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань.

- 4.26.** Надання послуги «виклик лікаря» за місцем перебування Застрахованої особи (поза межами лікувально-профілактичного закладу) медичними працівниками, які мають наукові ступені чи керівні посади (кандидати медичних наук, доктори медичних наук, професори, завідувачі відділенням, головні лікарі, провідні фахівці та інші).
- 4.27.** Медичні довідки для ДАІ, носіння зброї, відвідування басейну, санаторно-курортного лікування та оформлення інших довідок.
- 4.28.** Профілактичне та/або реабілітаційне лікування, мануальну терапію або лікувальний масаж, косметичний та оздоровчий масаж, фізіотерапевтичні процедури, якщо це не передбачено Програмою страхування в межах встановлених лімітів.
- 4.29.** Діагностику та лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень, крім передбаченого Програмою страхування.
- 4.30.** Супутні захворювання, що діагностуються в комплексі з основним захворюванням, відносно якого виникли скарги Застрахованої особи.
- 4.31.** Проведення курсу лікування на бальнеологічних та лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах.
- 4.32.** Відбілювання зубів, нанесення напilenня, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, ортодонтія, герметизація фісур, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти; заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням.
- 4.33.** Екстракорпоральні методи лікування: плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація; озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація (баротерапія), внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інші лазерні технології лікування, в тому числі лазерна коагуляція сітківки ока.
- 4.34.** Малоінвазивні нехірургічні методи лікування (латексне лігування).
- 4.35.** Моральна шкода, упущена вигода, благодійні внески, поліс страхування (монополіс) в іншій страховій компанії.
- 4.36.** Призначені послуги, які не відповідають принципам доказової медицини (безпеки та ефективності).
- 4.37.** Планове лікування в стаціонарі, сплата за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 (шести) повних років.
- 4.38.** Продовження лікування захворювань/станів/синдромів, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору страхування, якщо відсутнє погіршення стану здоров'я Застрахованої особи на території та під час строку дії Договору страхування.
- 4.39.** Трансплантація органів та тканин, протезування та ендопротезування, окрім трансплантації шкіри внаслідок опіків в результаті нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування.
- 4.40.** Виклик лікаря додому без медичних показань, якими вважаються температура тіла 38 °C та вище, симптоми харчової токсикоінфекції: блювота, діарея, інші симптоми, що унеможливають самостійний візит в ЛПЗ.
- 4.41.** Отримання Застрахованою особою послуг або лікарських засобів, що дублюються в межах одного страхового випадку, в тому числі повторні дослідження (перездача аналізів) та/або альтернативні консультації (в тому числі переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань), та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря), застосування двох або більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, крім випадків коли один препарат має місцеву, а інший – загальну дію та випадків стаціонарного лікування.
- 4.42.** При включенні будь-якої опції в Програму страхування, вона вважається пріоритетною за список винятків за Договором страхування.

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

5.1. Страхувальник зобов'язаний:

- 5.1.1.** Перед укладенням Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу.
- 5.1.2.** Своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та у строки, встановлені Договором страхування.

5.1.3. При укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори щодо предмету Договору страхування, і надалі інформувати Страховика під час дії Договору страхування про укладання нових договорів щодо предмету Договору страхування.

5.1.4. До укладання та/або при укладанні Договору страхування надати Страховику (страховому посереднику) ідентифікаційні дані для перевірки в частині законодавства щодо запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансування тероризму, фінансування розповсюдження зброї масового знищення (далі – ПВК/ФТ).

5.1.5. Повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання суттєвих змін в своїй діяльності /ідентифікаційних даних, а також в інформації (даних), наданих в анкеті (опитувальнику) Страховику, подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо ПВК/ФТ.

5.1.6. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства ПВК/ФТ.

5.1.7. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої внаслідок настання Події.

5.1.8. Не перешкоджати Страховику або його представникам у визначенні обставин настання Події.

5.1.9. Утримуватись від будь-яких дій, що можуть зашкодити інтересам Страховика, за винятком здійснення своїх прав, передбачених Договором страхування, тримати в таємниці відомості про Страховика, що стали відомі Страхувальнику у зв'язку з укладанням та виконанням Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

5.1.10. При страхуванні родичів надати документи, що підтверджують родинний зв'язок, на вимогу Страховика.

5.1.11. Дотримуватись умов Договору страхування та належно виконувати свої обов'язки за Договором страхування.

5.1.12. Повідомити про настання події, що має ознаки страхового випадку у встановлений строк у відповідності до Договору страхування.

5.1.13. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування та алгоритмом дій для використання полісу з метою організації медичної допомоги відповідно до умов Договору страхування та Програми страхування

5.2. Страховик зобов'язаний:

5.2.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Загальними умовами страхового продукту.

5.2.2. Ознайомити Страхувальника з Переліком лікувально-профілактичних закладів (медичних закладів) та їхньою ціновою категорією з якими Страховик має договірні відносини.

5.2.3. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

5.2.4. При настанні страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

5.2.5. Протягом 20 (двадцяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

5.2.6. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня оплати страхового платежу (першої його частини) забезпечити Застрахованих осіб Персональною пластиковою/електронною картою.

5.2.7. Контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору страхування, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України.

5.2.8. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, передбачених законом.

5.2.9. Повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни на вебсайті компанії www.kniazha.com.ua.

5.2.10. Видати Страхувальнику дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату, втрачений примірник вважається недійсним.

5.2.11. Дотримуватись умов Договору страхування та належно виконувати свої обов'язки за Договором страхування.

5.2.12. Контролювати обсяг та якість медичних послуг відповідно до принципів доказової медицини (безпеки та ефективності) з метою оптимізації процесів прийняття рішень, підвищення якості надання

медичної допомоги, зниження фінансових та часових витрат в діагностиці та лікуванні пацієнтів.

5.2.13. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у т.ч. шляхом дострокового припинення дії Договору страхування) або від проведення фінансової операції (виплати страхового відшкодування) у випадках, передбачених нормами законодавства ПВК/ФТ, зокрема у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.3. Страхувальник має право:

5.3.1. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом строку його дії.

5.3.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (наявність групи інвалідності, довготривале перебування на листку непрацездатності, умови праці пов'язані з підвищеним ризиком, критичні захворювання в анамнезі (цукровий діабет, туберкульоз, вірусні гепатити, онкологічні захворювання, вроджені та набуті патології) і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту, як тільки Страхувальнику стало відомо про настання таких обставин.

5.3.3. Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням вимог Договору страхування.

5.3.4. Відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку за Договором страхування) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, Договір страхування вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором страхування.

5.3.5. Одержати від Страховика дублікат Договору страхування в разі втрати оригіналу.

5.3.6. Збільшити кількість Застрахованих осіб за домовленістю із Страховиком. В такому випадку строк дії Договору страхування стосовно додатково Застрахованих осіб не може бути довшим, ніж загальний строк дії цього Договору страхування. Збільшення кількості Застрахованих осіб можливе не пізніше, ніж за 3 (три) місяці до закінчення дії Договору страхування, якщо інше не погоджено Страховиком в індивідуальному порядку.

5.3.7. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичних послуг Застрахованій особі.

5.4. Страховик має право:

5.4.1. При укладанні цього Договору страхування перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію.

5.4.2. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом строку його дії.

5.4.3. Самостійно з'ясовувати причини та обставини Страхового випадку, робити запити про відомості, пов'язані з Страховим випадком до медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини цього Страхового випадку.

5.4.4. Вимагати надання додаткових документів, зазначених в Договорі страхування, для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

- 5.4.5.** Перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору страхування, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи.
- 5.4.6.** Відмовити у страховій виплаті за наявності підстав, передбачених умовами Договору страхування, а також у випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 5.4.7.** Відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати у випадку виникнення сумнівів щодо причин та обставин настання страхового випадку, але на строк, не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів.
- 5.4.8.** Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням його вимог.
- 5.4.9.** Вибирати та рекомендувати базовий лікувально - профілактичний заклад для організації медичної допомоги, в залежності від стану Застрахованої особи, виду захворювання, профілю та специфіки роботи медичного закладу для обслуговування відповідних нозологій.
- 5.4.10.** Вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я або медичного огляду.
- 5.4.11.** Визначити для конкретних Застрахованих осіб окремі Програми страхування та страхові платежі, а також відмовити в страхуванні.
- 5.4.12.** Організувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з можливою подальшою організацією перевезу Застрахованої особи у медичний заклад, передбачений Договором страхування.
- 5.4.13.** Включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Перелік лікувально-профілактичних закладів, як окремо за Програмою страхування так і по Договору страхування в цілому.
- 5.4.14.** Виключити зі списку Медичних закладів лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою.
- 5.4.15.** Організувати необхідну медичну допомогу в лікувально – профілактичних закладах передбачених Договором страхування та погоджувати із Застрахованою особою, в залежності від профілю захворювання.
- 5.4.16.** За погодженням з лікуючим лікарем змінювати призначені ліки на аналогічні за складом по діючій хімічній речовині згідно законодавства України або альтернативні згідно Протоколів МОЗ України та схем лікування захворювань.
- 5.4.17.** Організувати виклик лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, якщо це прямо передбачено Програмою страхування, у випадках, передбачених «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». Методичні рекомендації/Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. – К., 2010., а саме:
- 5.4.17.1.** Гострі і раптові погіршення стану здоров'я (висока температура – від 38 градусів і вище; стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації Застрахованої особи лікарем вдома), виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею.
- 5.4.17.2.** Стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду).
- 5.4.17.3.** Показання для дотримання Застрахованою особою постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки хворого зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках: при наявності документа або за домовленістю з лікарем).
- 5.4.17.4.** Важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи.
- 5.4.17.5.** Захворювання жінок у період вагітності та післяпологовий період.
- 5.4.17.6.** Патронаж вагітних і породіль (якщо опція є в Програмі страхування).
- 5.4.17.7.** Патронаж дітей до одного року (якщо опція є в Програмі страхування).
- 5.4.17.8.** Захворювання дітей у віці до трьох років.

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

6.1. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, звернутися до лікаря-координатора / лікаря-куратора Страховика за телефонами, вказаними в Персональній пластиковій картці або Пам'ятці Застрахованої особи та повідомити наступну інформацію:

- прізвище, ім'я, по-батькові;
- номер Договору страхування;
- причину звернення (скарги, проблеми зі здоров'ям тощо);
- фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

6.2. Лікар-координатор/лікар-куратор Страховика інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в базовий профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку.

6.3. Підбір Медичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора/лікаря - куратора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі.

6.4. В медичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити персональну пластикову картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором/лікарем - куратором Страховика в телефонному режимі.

6.5. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зв'язатися з лікарем координатором Страховика, для отримання невідкладної медичної допомоги, з можливою організацією ургентного стаціонарного лікування (якщо такі умови передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із медичного закладу у разі стаціонарного лікування), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика.

6.6. Організація медикаментозного забезпечення здійснюється лікарем-координатором з врахуванням найбільш оптимального рівня цін аптечного закладу, переважно доставка медикаментів на адресу, вказаної клієнтом, у час роботи аптечного закладу.

6.7. У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, лікування яких неможливо організувати в Медичних закладах, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб тощо), Страховик сприяє у направленні Застрахованої особи у спеціалізовані Медичні заклади.

6.8. При повторному зверненні Застрахованої особи до Страховика протягом дії Договору страхування з приводу загострення хронічного захворювання, після встановлення діагнозу узгоджується невідкладна допомога в межах та обсягах, що передбачено чинним законодавством МОЗ України та із погодженням лікуючого лікаря.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком, в залежності від умов Договору страхування, шляхом:

7.1.1. Оплати Медичному закладу вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг та/або фармацевтичному/аптечному закладу вартості лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування. Порядок та терміни сплати рахунків Медичного та/або фармацевтичного/аптечного закладу обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та закладом.

7.1.2. Оплати Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних послуг, у разі її звернення в медичний заклад (за погодженням із Страховиком), який не має договірних відносин із Страховиком, після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

7.2. При самостійній оплаті Застрахованою особою вартості медичних послуг або придбанні за власні кошти лікарських засобів та/або медичних виробів у фармацевтичному/(аптечному) закладі, з яким у Страховика відсутні договірні відносини (за погодженням із Страховиком), страхова виплата здійсню-

ється безпосередньо Застрахованій особі (або її законному представнику) на підставі наступних документів:

7.2.1. Основні:

7.2.1.1. Договір страхування (персональна пластикова/електронна картка).

7.2.1.2. Документ з медичної установи (виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (ф. 027/о МОЗ України), виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз) (форма 003/о МОЗ України), консультативний висновок спеціаліста) (ф. 028/о МОЗ України), які завірені необхідними підписами та печатками лікувального закладу, містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг.

7.2.1.3. Фінансові (розрахункові) документи, що підтверджують факт оплати медичних послуг (медикаментів) з зазначенням назв медикаментів, товарів, послуг. У випадку, якщо у фіскальних чеках або квитанціях не зазначені конкретні назви медикаментів, товарів та послуг – до таких документів обов'язково надається товарний чек (накладна, акт виконаних робіт) в яких зазначені конкретні медикаменти, товари, послуги. На квитанції до прибуткового касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка. Розрахунковий документ визначений ст. 2 Закону України №265/95-ВР. Форма та зміст розрахункового визначаються законодавством.

7.2.1.4. При отриманні медичних послуг (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності – копію Витягу або Виписки з ЄДР із зазначенням обраних видів діяльності.

7.2.1.5. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі.

7.2.1.6. Копія паспорта Застрахованої особи (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації).

7.2.1.7. Копія свідоцтва про народження дитини (у разі, якщо Застрахованою особою є дитина до 18 років).

7.2.1.8. Листок непрацездатності (е-лікарняний). Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності (е-лікарняний) не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством.

7.2.2. Додаткові:

7.2.2.1. Копії рецептів на лікарські засоби та/або медичні вироби.

7.2.2.2. Копія медичної карти амбулаторного хворого, що завірена головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичною частини) з печаткою лікувального закладу.

7.2.2.3. Довідки лікувального закладу, талони, акти виконаних робіт, калькуляції витрат.

7.2.2.4. Замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури лікувально-консультативних установ.

7.2.2.5. Документи, передбачені законодавством України у сфері фінансового моніторингу. У визначених законом випадках за запитом Страховика особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язана протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання запиту Страховика надати такі документи. У випадку ненадання запитальних документів щодо фінансового моніторингу, строк здійснення страхової виплати подовжується на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

7.2.3. Додаткові документи без відсутності основних – до розгляду не приймаються.

7.2.4. Застрахована особа має можливість оформити заяву на відшкодування та передати документи, зазначені в підпунктах 7.2.1. та 7.2.2. Умов на вебсайті компанії <http://kniazha.ua> в електронному вигляді. Для цього необхідно:

7.2.4.1. Зайти на вебсайт <http://kniazha.ua>, обрати розділ «Страховий випадок»/ «Врегулювання онлайн»/ «Здоров'я».

7.2.4.2. Заповнити онлайн заяву на відшкодування, прикріпити до заяви документи та пройти процедуру підпису заяви SMS-паролем.

7.2.5. За бажанням, Застрахована особа може надати документи, зазначені у підпунктах 7.2.1, 7.2.2. Умов в офісі Страховика.

7.2.6. Загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадкам не може перевищувати страхову суму на кожну Застраховану особу та встановлених лімітів відповідальності Страховика по кожній окремій Програмі страхування, зазначеній в Договорі страхування.

7.2.7. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою страхування, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється у розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом Медичних закладів, передбачених Програмою страхування.

7.2.8. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів, після отримання всіх документів, зазначених в пункті п. 7.2. Умов.

7.2.9. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату.

7.2.10. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово або по електронній пошті (в разі оформлення заяви на відшкодування на вебсайті компанії) повідомити Застраховану особу (її законного представника) протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

7.2.11. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ (медичних закладів, правоохоронних органів, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

7.2.12. У випадку погодження Страховиком відвідування Медичного закладу, з якими він не має договірних відносин, компенсація витрат на послуги відбувається згідно вартості аналогічної позиції у прайсі базової клініки, що передбачена Програмою страхування. Якщо така послуга не передбачена у прайсі базової клініки, то сума компенсації вирішується Страховиком компромісно, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом Медичного закладу, передбачених Програмою страхування.

7.2.13. Оплата вартості медичної послуги Медичного закладу (страхова виплата) здійснюється Страховиком на реквізити Медичного закладу у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними Медичними закладами.

7.2.14. Страхова сума (Ліміт страхової суми), Ліміти відповідальності Страховика (в тому числі негрошові, а визначені кількістю послуг передбачених умовами опцій Програми страхування), зазначені в Договорі страхування та Програмі страхування зменшуються з урахуванням попередньо здійсненої страхової виплати/використаної кількості послуг.

7.2.15. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками, що мали місце впродовж строку дії Договору страхування, не може перевищувати Страхової суми (ліміту страхової суми), Лімітів відповідальності Страховика (в тому числі негрошових, а визначених кількістю послуг передбачених умовами опцій Програми страхування), встановленої Договором страхування та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

7.2.16. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.

7.2.17. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

7.2.18. Категорії/типи Медичних закладів присвоюються Страховиком залежно від цінової та сервісної політики Медичних закладів та зазначаються Страховиком в Переліку лікувально-профілактичних закладів.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

8.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

8.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

8.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

8.1.4. Несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

8.1.5. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором страхування.

8.1.6. Порухення Застрахованою особою порядку обслуговування, встановленого Договором страхування (окрім невідкладних станів), недотримання рекомендацій лікаря, порушення режиму лікування, норм та правил поведінки в ЛПЗ.

8.1.7. Отримання допомоги та послуг, лікарських засобів, методів та засобів лікування, які не мають письмових рекомендацій встановленого зразку від лікаря ЛПЗ, оформлених належним чином, та не є затвердженими дійсними нормативними документами МОЗ України.

8.1.8. Отримання допомоги та послуг в ЛПЗ, які не передбачені Договором страхування та Програмою страхування.

8.1.9. Оплата витрат на медичні послуги та товари медичного призначення і подання не належним чином оформленого розрахункового документу, відповідно пункту 7.2.1.3. Умов.

8.1.10. Отримання послуг в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг.

8.1.11. Навмисне надання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану її здоров'я, з метою отримання медичної допомоги та послуг, на підставі яких Страховиком була організована медична допомога.

8.1.12. Необґрунтований виклик лікаря або невідкладної медичної допомоги. Необґрунтованим викликом вважається: виклик, здійснений не в медичних цілях; виклик з метою одержання планових медичних маніпуляцій; виклик, при якому Застрахована особа відсутня за адресою, яка була повідомлена при здійсненні виклику бригади швидкої медичної допомоги або лікаря.

8.1.13. Відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку.

8.1.14. Випадки, якщо Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) не здійснив всіх дій для отримання страхової виплати та не надав всіх необхідних документів по заявленому страховому випадку, зазначених Договорі страхування протягом 90 календарних днів з дати подання заяви про настання події, Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої справи. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача) та за умови надання ним всіх необхідних документів Страховик відновлює розгляд закритої справи по такому випадку.

8.1.15. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

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

9.1. За згодою Страховика і Страхувальника до Договору страхування можуть бути внесені доповнення та зміни, що не суперечать чинному законодавству України та Умовам.

9.1.1. Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладання, приймаються за домовленістю Сторін шляхом укладання Додаткової угоди/Додаткового договору до Договору страхування, що є невід'ємними частинами Договору страхування. Про намір внести зміни та (або) доповнення до Договору страхування Сторона-ініціатор зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати (прогнозованого) внесення змін та (або) доповнень.

9.1.2. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані шляхом направлення листа однієї Сторони Договору страхування іншій електронною поштою, засобами поштового зв'язку за адресами Сторін Договору страхування, визначеними у Договорі страхування.

9.1.3. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін та/або доповнень до Договору страхування, то протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту остаточного розгляду пропозиції про внесення змін та/або доповнень до Договору страхування, вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії.

9.2. Упродовж строку дії Договору страхування Страхувальник може вносити зміни в Перелік Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору страхування), повідомивши про це Страховика за 5 (п'ять) робочих днів до дати таких змін у порядку, передбаченому Договором страхування, зокрема:

9.2.1. Припинити дію Договору страхування по відношенню до будь-якої Застрахованої особи та/або додати до Договору страхування нову Застраховану особу. При цьому:

а) для особи, що додається до Переліку Застрахованих осіб Страховий платіж, Страхова сума, Індивідуальні грошові ліміти відповідно до Програми страхування, Негрошові ліміти за опціями Програми

страхування перераховуються пропорційно кількості днів, що залишилися до закінчення дії Договору страхування за формулою визначеною в Договорі страхування;

б) для особи, що виключається з Переліку Застрахованих осіб відповідно до умов Договору страхування, розраховується частка Страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику або за згодою Сторін зараховується на страхування нової Застрахованої особи (яка додається до Переліку Застрахованих осіб);

в) Страхувальник сплачує Страховику Страховий платіж за додаткову кількість Застрахованих осіб, про що Сторони складають Додаткову угоду відповідно до умов Договору страхування. При цьому сума Страхового платежу може бути зменшена на суму, що підлягає поверненню Страховиком Страхувальнику у зв'язку з виключенням Застрахованих осіб.

9.2.2. Якщо до закінчення строку дії Договору страхування залишається менше 30 (тридцяти) календарних днів, внесення нових осіб до Переліку Застрахованих осіб не здійснюється, крім індивідуальних випадків погоджених Страховиком.

9.3. Дія цього Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

9.3.1. Закінчення строку дії Договору страхування.

9.3.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами) в повному обсязі.

9.3.3. Несплати Страхувальником Страхових платежів у строки та в розмірі, встановлені Договором страхування, з урахуванням умов Договору страхування.

9.3.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

9.3.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності (у разі смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності дія Договору страхування припиняється стосовно такої Застрахованої особи), за винятком випадків, передбачених Законом України “Про страхування”.

9.3.6. Набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору страхування недійсним.

9.3.7. Якщо протягом дії Договору страхування виявлено, що на Страхувальника накладено санкції Європейського Союзу, Великобританії, США (OFAC), Ради національної безпеки і оборони України (РНБО) - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

9.3.8. Якщо протягом дії Договору страхування виявлено, що Страхувальника внесено до переліку терористів - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

9.3.9. В інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

9.4. Дія Договору страхування може бути достроково припинена (в тому числі щодо окремої Опції/виду страхування) на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страховик або Страхувальник зобов'язані повідомити один одного не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

9.4.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування / виключення зі списку Застрахованих осіб за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування (далі – ВУВД) та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Повернення Страхових платежів в цьому випадку здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від медичних закладів, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове припинення Договору страхування. Сума Страхового платежу, що підлягає поверненню у випадку припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника розраховується за формулою визначеною в Договорі страхування.

9.4.2. При достроковому припиненні дії Договору страхування, за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням умов страхування Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням ВУВД, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування згідно формули, зазначеної в умовах Договору страхування.

9.5. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням ВУВД, фактичних страхових виплат за Договором страхування.

9.6. При припиненні дії Договору страхування відповідно до п. 9.3.7. – п. 9.3.8. Умов, порядок повернення страхової премії здійснюється у порядку норм законодавства України в сфері фінансового моніторингу.

9.7. ВУВД визначена в Договорі страхування.

9.8. Протягом строку дії Договору Страхувальник може достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до будь-якої Застрахованої особи, зазначеної у Додатку №1 до Договору страхування, незалежно від наявності її згоди, у порядку, передбаченому п. 9.2.1. Умов.

10. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі, окрім випадків, передбачених законодавством, зокрема:

10.1.1. Якщо строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів.

10.1.2. Якщо за Договором страхування повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

10.2. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, такий Договір страхування вважається не укладеним, а сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором страхування і у сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором страхування.

10.3. Повернення страхової премії здійснюється виключно в безготівковій формі за реквізитами, які визначені в заяві.

10.4. Датою припинення Договору страхування (відмови від Договору страхування) є дата отримання Страховиком заяви із зазначенням реквізитів.

10.5. Строк повернення страхової премії – протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування із зазначенням реквізитів.

11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Перед укладенням Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страховик забезпечує Страхувальника доступною інформацією, в т.ч. про страховий продукт, що пропонується, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта. Відповідна інформація розміщена на вебсайті Страховика <https://kniazha.ua/>.

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

11.3. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи:

11.3.1. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- загальна кількість Застрахованих осіб;
- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожному Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;

11.3.2. відомості про об'єкт страхування:

- прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи;

- дата народження Застрахованої особи;
- місто та домашня адреса (повна адреса фактичного проживання) Застрахованої особи;
- документ, що посвідчує особу (серія, номер) Застрахованої особи;
- РНОКПП Застрахованої особи;
- контактний телефон Застрахованої особи;
- інформація про чинні Договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- декларація про стан здоров'я Застрахованої особи;
- бажаний рівень Програми страхування для Застрахованої особи

11.4. Страхувальник має право укласти договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

11.5. При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою). Також Страховик має право для укладення Договору страхування запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

11.6. Зазначена в п. 11.2. - 11.3. Умов інформація повинна бути актуальною, достовірною та повною. Дана інформація має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування та зазначається Страхувальником у заяві на страхування.

11.7. Договір страхування укладається у формі, що визначена законодавством до такого Договору. Кількість примірників Договору страхування і спосіб його укладення визначається за домовленістю сторін з обов'язковим дотриманням вимог чинного законодавства України.

11.7.1. В разі втрати оригіналу Договору страхування Страхувальником, Страховик повинен видати Страхувальнику дублікат цього Договору страхування. Після видачі дублікату, втрачений примірник вважається недійсним.

11.8. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим Умовам та не суперечать чинному законодавству України.

11.9. Зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін Договору страхування і оформлюються шляхом складання додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до Договору страхування, що містить нові умови Договору страхування і є невід'ємною частиною Договору страхування.

11.10. Укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом (пластиковою картою), сертифікатом.

11.11. Договір страхування, у відповідності до цих Умов, укладається:

11.11.1. У формі паперового документу з проставлянням власноручних підписів сторін Договору страхування.

11.11.2. У формі електронного документу, в т.ч. шляхом присіднання, у порядку, встановленому чинним законодавством та передбаченими умовами Договору страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Всі спори щодо невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у порядку, встановленому чинним законодавством України, в т.ч. шляхом звернення до суду.

12.2. При вирішенні питань, що не врегульовані Договором страхування та цими Умовами, сторони керуються законодавством.

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

13.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник, особа, відповідальність якої застрахована, потерпіла третя особа звертаються:

- за телефоном цілодобової гарячої лінії Страховика: **0 800 212 303** (на території України);
- за місцезнаходженням Головного офісу Страховика (вул. Глибочицька, 44, м. Київ, 04050, Україна);
- за місцезнаходженням підрозділів Страховика за адресами, розміщеними на вебсайті Страховика за посиланням <https://kniazha.ua/contacts>;
- на електронну адресу Страховика reception@kniazha.ua.

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору страхування відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором страхування.

14.2. Гранична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування за страховим продуктом «Медичне страхування (страхування здоров'я)», становить 60%.

14.3. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком тощо) та інші умови страхування, передбачені Умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. У випадку розбіжностей між цими Умовами та конкретним Договором страхування, застосовуються умови Договору страхування.

14.4. Зміни до Умов вносяться шляхом викладення цих Умов у новій редакції. Із введенням в дію нової редакції Умов попередня редакція таких Умов припиняє дію та нові договори страхування за страховим продуктом «Медичне страхування (страхування здоров'я)» укладаються відповідно до нової редакції Умов. Договір страхування, укладений за попередньою редакцією Умов, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою сторін.