

Загальні умови страхового продукту
«ТАС – ДМС-Індивідуальний захист»
Публічна частина договору медичного страхування
Частина 2

Пропозиція на укладення договору медичного страхування «ТАС – ДМС-Індивідуальний захист». Ця Пропозиція ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА ГРУПА «ТАС» адресується невизначеному колу фізичних осіб укласти із Товариством Договір медичного страхування

1.	Страховик	АТ «СГ «ТАС» (приватне) Код ЄДРПОУ 30115243 Юридична адреса 03117, м. Київ, пр. Берестейський, 65 Зареєстровано як фінансову установу розпорядженням Держфінпослуг від 24.06.2004р. №1224, свідоцтво серії СТ №Б0000163, видане 18.02.2021р. Ліцензія АВ № 500438 від 02.12.2009р телефон контакт- центру: 095 654 7777, 093 654 7777, 097 654 7777 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора)		
2.	Страховальник	дієздатна фізична особа дані якої (ПІБ/назва, дата народження, адреса, РНОКПП, номер телефону та інше) визначені в Частині 1 Договору, яка уклала зі Страховиком Договір шляхом підписання Частини 1 Договору та сплати страхової премії. Страховик та Страховальник далі разом іменуються «Сторони», а кожен окремо – «Сторона».		
3.	Вигодонабувач	Визначена в Частині 1 Договору: Застрахована особа (надалі ЗО), спадкоємець, представник Застрахованої особи		
4.	Дата укладання	Визначена в Частині 1 Договору		
5.	Ведення редакції в дію	21.05.2024	Виведення редакції з дії	
6.	Клас страхування, ризик	Клас страхування	Ризики	
		2	медичне страхування.	
7.	Місце укладення Договору	юридична адреса Страховика.		
8.	Предмет договору страхування	передача Страховальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування.		
9.	Об'єкти страхування	9.1. Інформація про застраховані об'єкти страхування визначена в Частині 1 Договору. 9.2. Об'єктами страхування є: життя, здоров'я та працездатність ЗО.		
10.	Обмеження/ особливості Страхового продукту	10.1. Підписуючи Договір страхування, Страховальник підтверджує, що ЗО станом дату підписання не належать до жодної з наступних категорій: 10.1.1. особи, що потребують постійного догляду відповідно до медичної документації та/або особи, що в певний час використовували або піддавалися впливу наркотиків, токсичних речовин; 10.1.2. особи, яким за життя було діагностовано одне чи кілька з таких захворювань або функціональних розладів: носій ВІЛ чи хворий на СНІД, вроджені аномалії та пороки розвитку, спадкові та генетичні аномалії, злоякісні новоутворення (в тому числі , злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, меланома та інші злоякісні новоутворення шкіри, новоутворення in situ, новоутворення невизначеного чи невідомого характеру), доброякісні новоутворення, полікістозна хвороба нирок, хвороби стравоходу, хвороба Крона, виразковий коліт, цукровий діабет 1 та 2 тип, туберкульоз, цироз печінки, алкогольна хвороба печінки, гепатити В, С, D, системні ураження сполучної тканини (в тому числі: ревматизм, системний червоний вовчак, поліміозит, склеродермія), носійство вірусу папіломи людини (ВПЛ), вірус Епштейна-Барра (EBV), хронічна дихальна недостатність тяжкості II-III ступеня, хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), первинний імунodefіцит; збільшення простати, аутоімунний тиреоїд, крипторхізм, важкі захворювання нервової системи, важкі		

		<p>захворювання серця (в тому числі гіпертонічна хвороба 2 або 3 ступеню ІХС, аритмії серця);</p> <p>10.1.3. люди, яких було оперовано у зв'язку з трансплантацією органів або кісткового мозку;</p> <p>10.1.4. інвалід 1,2,3 групи, дитина - інвалід до досягнення 18 років, або інвалід дитинства;</p> <p>10.1.5. люди, які протягом останніх 6 місяців ненавмисно втратили понад 10 кілограмів; зазнали нефізіологічних крововтрати з будь-яких причин, або мають відхилення від встановлених лабораторних норм/ онконорм маркерів;</p> <p>10.1.6. вік більше 55 років на дату укладання Договору страхування.</p> <p>10.2. Підписуючи цю заяву, Страхувальник висловлює свою згоду з тим, що якщо протягом строку дії Договору буде встановлено, що Договір був укладений на користь Застрахованої особи, яка належить до однієї із зазначених вище категорій (п.10.1.1.-10.1.6.Частини 2 Договору), тоді зазначені події стосовно такої ЗО не будуть визнані страховою подією, а страхові виплати не будуть здійснені. Якщо на дату підписання цього Договору Застрахована особа потрапить до однієї з категорій, вказаних у п.п. 10.1.1.-10.1.6. Частини 2 Договору Страховик має право вимагати визнання цього Договору недійсним з моменту його підписання.</p>
11.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	<p>11.1. ЗО - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування.</p> <p>11.2. Ліміт страхової суми – встановлене цим Договором обмеження в сумі виплати по одній чи ряду (групі) страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, видом збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо. Ліміт страхової суми не може перевищувати розміру страхової суми в рамках якої він встановлюється.</p> <p>11.3. Нозологічна одиниця – це певна хвороба яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.</p> <p>11.4. Зміна ступеню страхового ризику - зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що визначена у розділі 26 Частини 2 Договору.</p> <p>11.5. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю.</p> <p>11.6. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.</p> <p>11.7. Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (неповної, часткової ремісії), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає невідкладної медичної допомоги.</p> <p>11.8. Амбулаторно-поліклінічна допомога – медична допомога, що надається застрахованій особі в поліклінічних медичних закладах, на умовах Договору та Програми страхування.</p> <p>11.9. Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем-координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги.</p>

- 11.10. Планова стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за письмовим направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками.
- 11.11. Невідкладна медична допомога - медична допомога, що надається при екстрених станах Застрахованої, що супроводжуються: непритомністю, судомою, раптовим розладом дихання, раптовим болем у ділянці серця, блюванням кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, тяжкі забої, травми голови), ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо), отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах, порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо), а також транспортування Застрахованих осіб для термінової госпіталізації в медичний заклад.
- 11.12. Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями, функціональними розладами, також симптоматичного лікування до 3-5 днів за один курс лікування в тому числі захворювань зі списку виключень (якщо інше прямо не вказано у Програмі).
- 11.13. Категорія МЗ - цифрове значення, що присвоюється кожному МЗ в залежності від вартості послуг.
- 11.14. Професійний спорт – заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.
- 11.15. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору та вираховується при розрахунку розміру страхового відшкодування при кожному та будь-якому страховому випадку.
- 11.16. Рівень страхового покриття – частина збитків що відшкодовується Страховиком згідно Договору.
- 11.17. Експериментальні або дослідницькі методи лікування-види лікування, які знаходяться на стадії наукових, клінічних досліджень і експериментів та застосування яких вимагає спеціального юридичного оформлення.
- 11.18. Нетрадиційна медицина(нетрадиційні методи лікування)-лікування методами, ефективність яких не доведена клінічними дослідженнями, але які можуть бути обґрунтовані з точки зору медичної науки. Це такі види лікування як аромо-терапія, гірудо-терапія, голкорексфлексотерапія, тощо.
- 11.19. Нещасний випадок-раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.
- 11.20. Нещасний випадок на виробництві -це обмежена в часі подія або раптовий вплив на працівника небезпечного виробничого фактору чи середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю та виникає необхідність надання медичної допомоги на умовах Договору та Програми страхування.
- 11.21. 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.
- 11.22. Суворий ліжковий режим- постійне перебування хворого у лежачому положення, з забезпеченням його фізичним та психічним спокоєм.
- 11.23. Страхова премія – плата у грошовій формі за страхування, яку

		<p>страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з Договором страхування.</p> <p>11.24. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. За цим Договором страхова сума встановлена за типом «агрегатна», тобто розмір страхової суми після виплати страхового відшкодування зменшується на розмір здійсненої виплати.</p> <p>11.25. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.</p> <p>11.26. Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.</p>
12.	Умови страхового покриття за договором страхування	<p>12.1. Перелік страхових ризиків та визначення страхових випадків.</p> <p>12.1.1. Страховими ризиками є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасний випадок.</p> <p>12.1.2. Страховим випадком є понесення витрат на отримання ЗО медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договора-ром страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання страхового ризику</p> <p>12.2 Об'єктами страхування є: життя, здоров'я та працездатність ЗО.</p> <p>12.3. Строк дії один рік.</p> <p>12.4. Страхова сума вказано в Розділі 3 Частини I Договору.</p> <p>12.5. Територія дії Договору - Україна. Дія Договору не поширюється: на тимчасово окуповану Російською Федерацією (в тому числі її союзниками та/або збройними формуваннями, підпорядкованими силовим структурам Російської Федерації та її союзників або приватним особам) територію України; територіальні громади, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні); населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку).</p>
13.	Права та обов'язки сторін та ЗО	<p>13.1. Страхувальник має право:</p> <p>13.1.1. внести зміни, достроково припинити, відмовитись від Договору страхування на умовах визначених у Розділі 15-16 Договору;</p> <p>13.1.2. отримати дублікат цього Договору у випадку його втрати на підставі письмової заяви Страхувальника або отримати повторно відправлення форми договору за допомогою інформаційно-телекомукаційних систем, в тому числі, за допомогою електронної пошти, у випадку оформлення договору в електронному вигляді;</p> <p>13.1.3. отримати інформацію про стан розгляду Страховиком документів щодо події, заявленої як страховий випадок;</p> <p>13.1.4. оскаржити в судовому порядку рішення Страховика про відмову у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати;</p> <p>13.1.5. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.</p> <p>13.2. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>13.2.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;</p> <p>13.2.2. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;</p> <p>13.2.3. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування;</p> <p>13.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;</p> <p>13.2.5. вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися</p>

правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку;

13.2.6. повідомити Страховику про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу стосовно застрахованої особи та/або Вигодонабувача;

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

13.2.8. Страхувальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання письмового повідомлення від Страховика повернути Страховикові суму отриманого страхового відшкодування, якщо після виплати страхового відшкодування Страховиком будуть встановлені обставини, які позбавляють Страхувальника, Застраховану особу (Вигодонабувача) права отримання страхового відшкодування за Договором.

13.3. Страховик має право:

13.3.1. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, фізичних осіб, що володіють інформацією про обставини страхового випадку або компетентні в проведенні відповідних досліджень, а також самостійно з'ясувати обставини та причини страхового випадку. Здійснення таких дій Страховиком не є підставою для визнання події, що сталася, страховим випадком;

13.3.2. залучити за власний рахунок експерта тощо до розслідування обставин, причин та наслідків події, що в подальшому може бути кваліфікована як страховий випадок;

13.3.3. відстрочити страхову виплату та/або відмовити у страховій виплаті в порядку, передбаченому цим Договором;

13.3.4. запитувати Страхувальника надання додаткових документів, що необхідні для здійснення страхової виплати;

13.3.5. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору, отримати від Страхувальника (ЗО) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я ЗО;

13.3.6. припинити дію Договору страхування без повернення страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору відносно Особи з дня коли Страховику стало відомо, що на момент укладання Договору така Застрахована особа була ВІЛ-інфікованою, хворою на: СНІД, наркоманію, токсикоманію, тяжкі психічні захворювання;

13.3.7. організувати невідкладну/швидку медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з подальшою організацією перевезення ЗО у Медичний заклад, передбачений цим Договором.

13.3.8. організувати виклик за місцем знаходження ЗО, якщо це прямо передбачено Програмою страхування,

13.3.8.1. Лікаря тільки у випадках:

13.3.8.1.1. гострі і раптові погіршення стану здоров'я (висока температура – від 38 градусів і вище; підвищення артеріального тиску; стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації ЗО лікарем вдома), виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею;

13.3.8.1.2. стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду);

13.3.8.1.3. показання для дотримання ЗО постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки ЗО зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках: при наявності документа або за домовленістю з лікарем);

13.3.8.1.4. важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи;

13.3.8.1.5. інші випадки передбачені діючими нормативами МОЗ.

13.3.8.2. Медичної сестри у випадках:

13.3.8.2.1. Застрахована особа, яка перебуває на постільному режимі;

13.3.8.2.2. стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду);

13.3.8.2.3. за прямим призначенням лікаря з огляду на стан Застрахованої особи;

13.3.9. при організації виклику лікаря для надання консультацій/медичної сестри для надання медичних маніпуляцій/забору аналізів за місцем знаходження Застрахованої особи оплачувати транспортні витрати у такому розмірі:

100% - у випадку знаходження ЗО у межах населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги;

100% - у випадку знаходження ЗО у межах 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги;

50% - у випадку знаходження ЗО за межами 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги;

0% (послуга не надається) - у випадку знаходження ЗО за межами 50 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться Медичний заклад, що надає послуги.

13.3.10. у разі відсутності лікарського засобу, виписаного медичним працівником, запропонувати ЗО лікарський засіб за іншою торговельною назвою, але з такою самою діючою речовиною (за міжнародною непатентованою назвою), формою відпуску та дозуванням, як і лікарський засіб, призначений лікарем, попередньо погодивши заміну з лікуючим лікарем. Зазначена норма не поширюється на лікарські засоби, які відпускаються безоплатно і на пільгових умовах, та ті, що підлягають предметно-кількісному обліку.

13.3.11. у випадку ГРВІ забезпечувати медикаментами Застрахованих осіб згідно діючих рекомендації МОЗ без організації консультації лікаря. У випадку відсутності позитивної динаміки лікування протягом 3-5 днів, організація консультації лікаря є обов'язковою;

13.3.12. визначати вид медичної допомоги на момент звернення Застрахованої особи до медичного асистансу;

13.3.13. організувати медичну допомогу в категорії МЗ вище, ніж передбачено умовами програми на свій розсуд.

13.3.14. призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, як на момент укладання Договору так і протягом дії Договору.

13.4. Страховик зобов'язаний:

13.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк;

13.4.2. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог цього Закону України «Про страхування»;

13.4.3. не розголошувати відомостей, що становлять таємницю страхування, крім випадків та порядку, встановлених законодавством України;

13.4.4. контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування;

13.4.5. при визначенні розміру страхового покриття в частині «курс лікування 30 днів» враховувати:

- 1) початок курсу лікування вважається момент визначення схеми лікування та дата початку прийому препаратів;
- 2) особливості жіночого циклу стосовно початку курсу лікування, діагностики та повторних консультацій (наприклад: схема визначена перед початком нового циклу і медикаменти отримані на руки, але фактичний прийом ліків розпочався з певного дня циклу);
- 3) гарантувати/покривати повторну консультацію за фактом пройденого лікування, у випадку відсутності такої під час 30-денного курсу лікування;
- 4) якщо мало місце коригування курсу лікування, курс розбито на частини з поточним коригуванням, сумувати лише періоди прийому ліків/лікувальних процедур (тобто не враховувати дні консультацій та отримання медикаментів);

		<p>За необхідності перенести курс з об'єктивних причин необхідно повідомити Страховика.</p> <p>13.5. Застрахована особа (її законний представник) має право:</p> <p>13.5.1.здійснювати дії у відповідності до п.п.13.1.3.,13.1.4,13.1.5. Частини 2 Договору.</p> <p>13.6. Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:</p> <p>13.6.1. при укладенні Договору повідомляти на вимогу Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо);</p> <p>13.6.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика щодо отримання і оплати медичної допомоги;</p> <p>13.6.3. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;</p> <p>13.6.4. дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у Медичному закладі;</p> <p>13.6.5. відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги наданої внаслідок:</p> <p>13.6.5.1. свідомої передачі 30 страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;</p> <p>13.6.5.2. ускладнення захворювання внаслідок свідомого порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;</p> <p>13.6.5.3. отримання медичної допомоги по страховому випадку, під час настання якого Страхувальник був у стані алкогольного сп'яніння (наявність етанолу в крові незалежно від його кількості), під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;</p> <p>13.6.5.4. отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;</p> <p>13.6.5.5. необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту):</p> <ul style="list-style-type: none"> - виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи, - при виклику 30 відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду, - виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до 30, що не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових медичних маніпуляцій, тощо), - виклик лікаря (доставка медикаментів) здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від медичного закладу, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома тощо); <p>13.6.5.6. Витрати Страховика, зазначені в п.13.6.5. цього Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат.</p> <p>13.6.6. При отриманні медичної допомоги у Медичному закладі де передбачена франшиза, 30 зобов'язана відшкодувати розмір франшизи Медичному закладу одразу під час звернення.</p>
14.	Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	<p>14.1. Відповідальність Сторін:</p> <p>14.1.1. за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) з вини Страховика, в разі отримання страхової виплати (страхового відшкодування) безпосередньо Страхувальником або представником Страхувальника, правонаступником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем, опікуном, піклувальником, Страховик сплачує такій особі штраф у розмірі 0,01 відсотків від облікової ставки НБУ (діючої на дату страхового випадку) від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати (страхового відшкодування).</p> <p>14.1.2. Страховик не несе відповідальності щодо виплати штрафу (неустойки)</p>

		<p>Страховальнику у разі перерахування страхової виплати (страхового відшкодування) асистуючій компанії, аптеці, медичним закладам, станції технічного обслуговування, іншим особам, які надають послуги в межах договорів страхування, так як страхова виплата (страхове відшкодування) виплачувалась не Страховальнику (Вигодонабувачу). В таких випадках, в разі несвоєчасного здійснення страхової виплати (страхового відшкодування), відповідальність Страховика визначається відповідно до умов договорів про співпрацю або надання послуг застрахованим особам / страховальникам.</p> <p>14.1.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорними обставинами). Форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливають виконання зобов'язань, передбачених умовами договору (контракту, угоди тощо), обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безладу, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, карантину, встановленого Кабінетом Міністрів України, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо. У такому разі Страховик звільняється від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань даного Договору. Єдиним належним та достатнім документом, що підтверджує настання обставин непереборної сили (форс-мажору) в цілому, а також, що мали місце на території проведення антитерористичної операції та/або на тимчасово окупованих територіях України та/або у зонах безпеки, прилеглих до району бойових дій, під час проведення комплексу заходів військового та організаційно-правового характеру, спрямованих на забезпечення національної безпеки та оборони, стримування і відсічі російської збройної агресії, як підстави для звільнення від відповідальності за невиконання (неналежного виконання) зобов'язань, є сертифікат Торгово-промислової палати України.</p> <p>14.1.4. Страховик звільняється від відповідальності, виплата страхового відшкодування чи будь-яких компенсацій не проводиться та надання будь-якої вигоди за цим Договором не здійснюється, якщо це буде порушенням постанов, резолюцій Організації Об'єднаних Націй або торгівельних або економічних санкцій, законів або постанов Європейського Союзу, Сполученого Королівства або Сполучених Штатів Америки, що забороняє Страховику або Перестраховику за договором перестраховування, згідно з яким перестраховано цей Договір, здійснювати страхування або перестраховування або сплачувати страхове відшкодування за цим Договором або за договором перестраховування.</p>
15.	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	<p>15.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страховальника на підставі заяви однієї зі Сторін, оформлюються додатковими договорами до договору страхування.</p> <p>15.2. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з дати, визначеної Сторонами в додатковому договорі до договору страхування. Якщо Сторони не досягли згоди щодо внесення змін до Договору, то Сторона, що вимагає таких змін, має право в односторонньому порядку ініціювати припинення дії Договору згідно з законодавством України. Такий Договір припиняє свою дію на 30 (тридцятий) календарний день з дати письмового повідомлення будь-якої зі Сторін про реалізацію іншою Стороною Договору цього права.</p> <p>15.3. Страховальник, протягом строку дії договорі страхування, має право змінювати ЗО за згодою Страховика.</p>

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

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

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

15.5. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити Договір страхування у зв'язку з невиконанням страхувальником умов договору страхування.

15.6. Заміна Сторони у договорі страхування:

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

15.6.2. у разі визнання судом фізичної особи - страхувальника недієздатною права і обов'язки такої особи за договором страхування переходять до її опікуна, а дія договору страхування відповідальності припиняється з дня визнання особи недієздатною.

15.6.3. У разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника

15.7. Заміна Страховика у договорі страхування може здійснюватися шляхом укладення тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та страхувальником або Договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону.

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

15.9. Дія договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.9.1. закінчення строку дії Договору страхування;

15.9.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

15.9.3. несплати Страхувальником страхової премії (або відповідної її частини) у встановлені цим Договором строки та у визначених розмірах. Страховик не зобов'язаний пред'являти вимогу про сплату страхової премії.

15.9.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування»), або визнання фізичної особи недієздатною (для договорів страхування відповідальності);

15.9.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.9.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним;

15.9.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

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

15.11. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

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

- 15.13. Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування:
- 15.13.1. Страхувальнику у випадках, визначених умовами договору, - за таких обставин:
- 15.13.1.2. на підставі вимоги Страхувальника, не пов'язаної із порушенням страховиком умов договору страхування;
- 15.13.1.2. на підставі вимоги Страховика, пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування;
- 15.13.2. у разі розірвання договірних відносин на виконання вимог статті 393 Податкового кодексу України;
- 15.13.3. особі, визначеній на підставі законодавства України, - в разі ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи, або фізичної особи - підприємця, крім випадків, передбачених статтею 100 Закону «Про страхування».
- 15.14. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у договорі страхування.
- 15.15. Страховик повертає Страхувальнику всю суму сплаченої страхової премії (страхову премію, сплачену за період страхування, у якому відбувається таке дострокове припинення, для договорів страхування, строк дії яких включає періоди страхування та перевищує один рік) у разі дострокового припинення дії договору страхування у випадку:
- 15.15.1. вимоги Страхувальника в разі порушення страховиком умов договору страхування;
- 15.15.2. вимоги Страховика, не пов'язаної із порушенням страхувальником умов договору страхування;
- 15.15.3. припинення страховиком діяльності та виконання страхового портфеля;
- 15.15.4. набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним.
- 15.16. Повернення Страхувальнику страхової премії у разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення договору страхування страхувальником відповідно до статті 56 Закону здійснюється відповідно до вимог нормативно-правового акту Національного банку з питань передачі страховиком страхового портфеля.
- 15.17. Сплачена страхова премія не повертається, у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі.
- 15.18. Сплачена страхова премія (її частина) або частина сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, у разі дострокового припинення дії договору страхування підлягає поверненню застрахованій особі, яка її сплатила, якщо згідно з умовами договору страхування на застраховану особу покладено обов'язок зі сплати страхової премії (її частини) і така особа сплатила страхову премію (її частину).
- 15.19. Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється страховиком не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України.
- 15.20. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або прийняття страховиком рішення про невизнання випадку страховим та/або прийняття страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.
- 15.21. У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
- 15.22. Страховик має право переглянути умови Договору якщо рівень річної

		<p>інфляції за даними вебсайту http://index.minfin.com.ua/index/infl/ є більшим ніж 115% за статтею «охорона здоров'я». Сторони узгоджують зміни до умов Договору які можуть включати: внесення змін до переліку виключень, переліку медичних закладів\аптек, введення франшиз, введення лімітів, зміна розміру страхової премії та інші зміни умов страхування, що оформляються Додатковим договором.</p> <p>Страховальник обирає варіант зміни умов Договору протягом 15 робочих днів від дня отримання письмової пропозиції Страховика наданням письмової відповіді (засобами факсимільного зв'язку або електронною поштою).</p> <p>У разі непогодження Сторонами жодного варіанту перегляду умов Договору протягом 15 календарних днів від моменту письмового повідомлення Страховальника, Договір продовжує свою дію з франшизою додатково до розміру франшизи на момент укладення Договору, по всіх видах медичної допомоги та послугах, у розмірі показника річної інфляції за мінусом 100%.</p>
16.	Порядок відмови від договору страхування	<p>16.1. Страховальник має право у письмовій (електронній) формі повідомити Страховика, протягом 30 календарних днів, з дня укладення договору страхування про відмову від такого договору без пояснення причин, крім:</p> <p>16.1.1. Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</p> <p>16.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування;</p> <p>16.1.3. Страховик зобов'язаний повернути Страховальнику сплачену страхову премію повністю, протягом десяти робочих днів з дня отримання такої заяви, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
17.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>17.1. У разі настання розладу здоров'я який може бути кваліфікованим як страховий випадок, Застрахована особа повинна негайно звернутися до лікаря-координатора Страховика за телефонами:</p> <p>загальні лінії Медичного асистансу: (095) 088 47 77; (093) 088 47 77; (097) 088 47 77 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора), вказаними в Договорі страхування Застрахованої особи та/або шляхом звернення через Паблік акаунт СГ ТАС (Telegram) чи мобільний застосунок «Мій ТАС» та повідомити наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи; - 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. <p>17.2. Лікар-координатор Страховика інформує ЗО щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку.</p> <p>17.3. Лікар-координатор Страховика зобов'язаний організувати медичну допомогу в наступні строки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - планова амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога – не пізніше 48 годин з моменту звернення Застрахованої особи; - виклик лікаря додому - у день звернення або на найближчий робочий день, згідно з графіком роботи поліклініки; - організація медикаментозного забезпечення - протягом 3-4 годин з моменту звернення згідно з графіком роботи аптек. <p>Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.</p> <p>17.4. Підбір Медичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній ЗО. Медичний заклад обирається Страховиком із визначених у Додатку №1 до Договору.</p> <p>17.5. В медичному закладі ЗО повинна пред'явити іменну електронну картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором</p>

		<p>Страховика в телефонному режимі.</p> <p>17.6. У випадку фізичної неможливості ЗО зв'язатися з лікарем координатором Страховика для отримання невідкладної медичної допомоги з можливою організацією ургентного стаціонарного лікування (якщо такі 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), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Страховика.</p> <p>Якщо Медичні заклади в яких отримана вище зазначена допомога не визначенні у Додатку №1, то Страховик відшкодовує понесені ЗО витрати відповідно до умов цього Договору з наступними обмеженнями:</p> <p>17.6.1. при отриманні невідкладної медичної допомоги у державних та відомчих Медичних закладах - 100% понесених відповідних прямих витрат. При зверненні в приватні медичні заклади – Страховик має право відмовити у страховій виплаті;</p> <p>17.6.2. при екстреному стаціонарному лікуванні - 100% понесених відповідних прямих витрат у медичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні медичні заклади, розмір страхової виплати визначається як 30% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою, якщо інше не буде погоджено зі Страховиком.</p> <p>В будь-якому випадку вищезазначені страхові виплати здійснюються у розмірі не більшому за встановлений ліміт страхової суми, передбаченої Програмою страхування.</p> <p>17.7. Надання необхідної медичної допомоги ЗО у медичних закладах, не передбачених Додатком №1 до цього Договору, здійснюється виключно в наступних випадках:</p> <p>17.7.1. Якщо немає можливості надати необхідну медичну допомогу Застрахованій особі у Медичному закладі, передбаченому Договором;</p> <p>17.7.2. Якщо таке звернення попередньо погоджено з лікарем координатором Страховика. Узгодження звернення може здійснюватися у електронному вигляді надсиланням запиту на електронну адресу - tas_miylikar@sgtas.ua;</p> <p>17.7.3. При отриманні медичної допомоги у медичних закладах, не передбачених Додатком №1 до цього Договору, ЗО зобов'язана узгоджувати зі Страховиком план лікування, що включає: перелік рекомендованих обстежень, процедур, медикаментів та ін. Не узгоджений план лікування та/або послуги, що прямо не передбаченні умовами цього Договору не відшкодовуватимуться Страховиком.</p> <p>17.8. При цьому страхова виплата здійснюється в розмірі 100% понесених відповідних витрат у медичних закладах державної та відомчої форми власності. У разі звернення у приватні медичні заклади – розмір страхової виплати визначається як 25% від вартості отриманої медичної допомоги, що передбачена Програмою та Договором.</p>
18.	Порядок розрахунку страхових виплат	<p>18.1. Загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадкам не може перевищувати страхову суму по Договору.</p> <p>18.2. Розмір страхової виплати визначається з фактичних витрат на отримання медичної допомоги з врахуванням умов щодо франшизи та лімітів відповідальності Страховика. що передбачені Договором Розділом 17 та Розділом 29 Частини 2 Договору</p>
19.	Умови здійснення страхових виплат	<p>19.1. Страхова виплата здійснюється:</p> <p>19.1.1. Закладу охорони здоров'я у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та Медичним закладом;</p> <p>19.1.2. ЗО (Вигодонабувачу, у разі самостійної оплати медичної допомоги (у випадках передбачених цим Договором), після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку. Документи, що додаються до заяви (в копіях або оригіналах за рішенням страхувальника/страховика/застрахованої особи):</p> <p>- заява на страхову виплату. В заяві зазначаються: дата подання заяви, перелік всіх поданих фінансових документів, прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, країну громадянства та постійного місця</p>

проживання, паспортні дані, РНОКПП, адреса проживання, номер мобільного телефону, реквізити у форматі IBAN). Заява обов'язково має бути завірена власним підписом;

- копія індивідуальної частини Договору;
- документ з медичної установи - довідка з медичної установи ,виписка з медичної карти амбулаторного хворого , -виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз), консультативний висновок спеціаліста, які 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. Довідка з медичної установи має бути підписана лікарем , містити печатку медичного закладу, або бути на фірмовому бланку медичного закладу. Виписка з історії хвороби має бути підписана головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичної частини) з печаткою Медичного закладу;
- виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз), консультативний висновок спеціаліста, які 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. Виписка з історії хвороби стаціонарного хворого має бути підписана головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичної частини) з печаткою Медичного закладу, консультативний висновок має бути підписаний лікарем з печаткою Медичного закладу.
- фінансові документи, що підтверджують факт оплати медичної допомоги (медикаментів) – фіскальні чеки, квитанції до прибуткового касового ордеру, квитанція банківської оплати (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;
- при отриманні медичної допомоги (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності (ФОП, ПП) – копію свідоцтво про державну реєстрацію/виписки фізичної особи-підприємця, копію документа, який підтверджує сплату ФОП податку за відповідний період (свідоцтво, квитанція банківської оплати), копію ліцензії на від діяльності ФОП (якщо, не зазначено в документах про сплату податку).
- копія довідки про присвоєння РНОКПП Застрахованій особі (її законного представника);
- копія паспорту Застрахованій особі (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації) (її законного представника);
- копії закритих листків тимчасової непрацездатності, засвідчені відділом кадрів з печаткою за місцем роботи Застрахованої особи, (якщо випадок пов'язаний з тимчасовою втратою працездатності);

19.2. Якщо Особою/Вигодонабувачем з метою отримання страхового відшкодування надано копії документів, передбачених п.19.1.2. Страховик має право вимагати їх подання в оригіналі для здійснення страхової виплати.

19.3. Вищезазначені документи Застрахована особа повинна надати Страховику у термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту закінчення лікування. У випадку не виконання цієї вимоги Страховик має право повністю відмовити у страховій виплаті. Заява та документи надаються в паперовій формі, або за погодженням Страховика в електронній формі.

19.4. Страховик залишає за собою право вимагати оригінали документів без роз'яснення причини.

19.5. Застрахованій особі (її законним представникам), у разі самостійної оплати медичної допомоги необхідно зберігати оригінали, якщо страховику надавалися копії, усіх фінансових, медичних та інших документів протягом 3 років після отримання послуг.

20.	Суброгація (перехід права вимоги)	20.1. Не застосовується
21.	Підстави відмови у страховій виплаті	<p>21.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;</p> <p>21.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>21.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <p>21.4. Одержання Страхувальником або Вигодонабувачем, чи Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;</p> <p>21.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;</p> <p>21.6. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;</p> <p>21.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;</p> <p>21.8. Відмова ЗО від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після або до настання страхового випадку.</p>
22.	Порядок укладання договору страхування	<p>22.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.</p> <p>22.2. У паперовому вигляді договір укладається на паперовому носії шляхом підписання Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, яка підсеуються обома сторонами. Підписанням Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частини 1 (Індивідуальної частини) та Частині 2 (Публічній частині) Договору. Підписана обома сторонами Частина 1 (Індивідуальна частина) Договору та додатки до неї (за наявності) видається Страхувальнику одразу після його підписання.</p> <p>22.3. У порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", Договір укладається на умовах публічної пропозиції (оферти), якою виступають дані Загальні умови страхового продукту (Частина 2 (Публічна частина) Договору) що розміщується на сайті Страховика на сторінці за посиланням https://sgtas.ua/zus-dms-is та прийняття її Страхувальником (акцепту) з використанням інформаційно-комунікаційної системи (ІКС) Страховика та/або його посередника, у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію», Цивільного кодексу України та Закону України «Про електронні довірчі послуги». Реєстрація клієнта в інформаційно-комунікаційній системі Страховика(Посередника) здійснюється на підставі наданих клієнтом даних, необхідних для укладення договору страхування, та підтверджується наданням одноразового ідентифікатора, який передається клієнту засобом електронного зв'язку, вказаному під час реєстрації у інформаційно-комунікаційній системі Страховика. В подальшому даний одноразовий ідентифікатор використовується клієнтом для підписання електронного договору страхування</p> <p>22.4. Безумовним прийняттям (акцептом) умов пропозиції (оферти) Страхувальником вважається: - заповнення ним Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, яка є формою прийняття пропозиції та її підписання</p>

		<p>удосконаленим електронним підписом з кваліфікованим сертифікатом (УЕП), кваліфікованим електронним підписом (КЕП) або електронним підписом одноразовим ідентифікатором, який направляється Страховиком або його посередником на електронну пошту та /або на мобільний телефон Страхувальника та вводиться Страхувальником в ІКС Страховика або його посередника. При цьому підписання Страхувальником акцепту таким одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору у відповідності до вимог ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію.</p> <p>22.5. Заповнення Страхувальником Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору без накладення підпису не призводить до обов'язку останнього укласти Договір страхування. У випадку не підписання Страхувальником Договору, останній вважається неукладеним.</p> <p>22.6. Після підписання договору Страхувальником, уповноважена особа Страховика присвоює номер Договору та підписує Договір за допомогою КЕП або УЕП із кваліфікованим сертифікатом (з використанням кваліфікованої позначки часу). У разі не підписання Договору Страховиком, договір вважається неукладеним.</p> <p>22.7. У електронному вигляді договір укладається шляхом підписання Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, яка підсуються обома сторонами з використанням КЕП або УЕП з кваліфікованим сертифікатом. Підписанням Частини 1 (Індивідуальної частини) Договору, Страхувальник засвідчує, що ознайомлений та погоджується з умовами Договору, викладеними у Частини 1 (Індивідуальної частини) та Частині 2 (Публічній частині) Договору.</p> <p>22.8. Використання електронного підпису Сторонами Договору не може тлумачитись як таке, що обмежує право Сторін вчиняти правочини у вигляді паперових документів (змінювати, доповнювати або припиняти дію електронного Договору правочинами викладеними в паперовій формі і навпаки)</p> <p>22.9. Страховик направляє на електронну адресу, або іншим способом обраним Страхувальником, примірник Договору страхування з додатками, підписаний обома сторонами Страхувальнику одразу після підписання такого договору, але не пізніше початку строку його дії або не пізніше дня укладення договору страхування, якщо договором страхування визначено ретроактивну дату. Страховик за зверненням Страхувальника зобов'язаний виготовити паперову копію Договору, укладеного в електронній формі протягом 3 робочих днів з дня звернення.</p> <p>22.10. Страхувальник, що приєднався до цього Договору, усвідомлює та надає дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.</p> <p>22.11. Підписуючи Частину 1 цього Договору, Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта-власника інформації, що становить таємницю страхування на паперових формах.</p> <p>22.12. Сторони Договору страхування усвідомлюють можливість використання ними УЕП з кваліфікованим сертифікатом, якщо Страховик підписує договір УЕП з кваліфікованим сертифікатом.</p>
23.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	<p>23.1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Медичного закладу (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування) з приводу захворювань та станів у наступних випадках:</p> <p>23.1.1. Медична допомога по страхових випадках, що відбулись поза строком дії Договору, за винятком:</p> <p>23.1.2. якщо по відношенню до Застрахованої особи Страховик надавав медичну допомогу за страховим випадком у попередньому договорі страхування і цей Договір починає діяти на наступний день після закінчення дії попереднього договору. При цьому строк лікування визначається з врахуванням п. 23.5.1. та лікування, здійсненне в строк дії цього Договору, буде вважатись окремим страховим випадком;</p> <p>23.1.3. медичної допомоги під час екстреного стаціонарного лікування, коли страховий випадок настав під час дії Договору. В такому випадку Страховик</p>

оплачує витрати до моменту виписки зі стаціонару, але не більше 14 календарних днів після закінчення строку дії Договору;

23.1.4. Медична допомога по страхових випадках, що відбулись поза територією дії Договору;

23.1.5. Вид медичної допомоги не передбачений умовами Договору;

23.1.6. Медична допомога надана медичним закладом, що не передбачений Додатком №1 до Договору, окрім випадків прямо визначених цим Договором;

23.1.7. Самогубства/замаху на самогубство, навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень чи самолікування, цілительства;

23.1.8. Використання методів нетрадиційної медицини та/або експериментальних/дослідницьких методів лікування;

23.1.9. Коли Застрахованій особі було відомо до укладання Договору про стан здоров'я, який потребує надання медичної допомоги, інформацію про який вона не надала в Декларації про стан здоров'я, якщо така є частиною Заяви на страхування;

23.1.10. Стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідком:

23.1.10.1. впливу ядерної енергії в будь-якій формі;

23.1.10.2. військових дій, маневрів та інших військових заходів;

23.1.10.3. громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів, терористичних актів;

23.1.10.4. стихійних лих та інших форс-мажорних обставин;

23.1.10.5. дій Застрахованої особи, пов'язаних з порушенням правил дорожнього руху, окрім надання невідкладної допомоги протягом однієї доби;

23.1.10.6. заняття такими видами аматорського спорту чи активного відпочинку: альпінізм, спелеологія, дельтапланеризм, авто/мото спорт, кінний спорт, парашутний спорт, дайвінг, гірськолижний спорт, бокс;

23.1.10.7. заняття будь-яким видом спорту на професійному рівні.

23.1.10.8. нещасний випадок на виробництві, окрім надання екстренної (невідкладної) стаціонарної медичної допомоги до 3 календарних днів.

23.2. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Медичного закладу та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

23.2.1. Алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, а також хвороби та стани, що є наслідками вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, незалежно від термінів виявлення;

23.2.2. Психічні, психосоматичні розлади (в т. ч. астено-депресивні стани, синдром хронічної втоми та ін.); розлади поведінки (в т.ч. неврози та неврозоподібні стани, розлади сну та ін.); порушення мови; корекція психоемоційних станів; епілепсія, у т.ч. посттравматична, крім невідкладної допомоги; синдром та хвороба Паркінсона; енцефалопатія будь-якого генезу, якщо інше прямо не вказано у Програмі;

23.2.3. Природжені аномалії та вади розвитку (в т.ч. отримані під час пологів – дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехії, клишоногість тощо), спадкові та генетичні захворювання та стани;

23.2.4. Професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженого медичного закладу відповідно до переліку професійних хвороб затвердженого Кабінетом Міністрів України;

23.2.5. TORCH інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, інфекція викликана вірусом краснухи, герпетична інфекція), інфекція викликана вірусом Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай, герпес лабіаліс, фаціаліс), якщо інше прямо не вказано у Програмі;

23.2.6. СНІД (ВІЛ), а також будь-яких станів здоров'я у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, незалежно від строків виявлення;

23.2.7. Інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом (до них відносяться: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкріод, пахова гранульома, трихомоніаз, гарднерельоз, уреоплазма, мікоплазма,

аногенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, бактеріальний вагіноз, лептотрихіоз, уретрити, простатити даної етіології, невизначені хвороби, які також передаються статевим шляхом), якщо інше не вказано в Програмі;

23.2.8. Вагітність та пологи, за винятком позаматкової та/або завмерлої вагітності, кровотечі, що загрожує життю вагітної, якщо інше прямо не вказано у Програмі;

23.2.9. Безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція;

23.2.10. Порушення менструального циклу, порушення менопаузи (в т.ч. клімактеричний синдром та ін.), ендометріоз, гіперплазія ендометрію, якщо інше прямо не вказано у Програмі;

23.2.11. Дисфункція яєчників (надлишок естрогенів, андрогенів, синдром полікістозних яєчників), гіперпролактинемія, синдром виснаження яєчників;

23.2.12. Мастопатія, мастодинія, гіпертрофія молочних залоз (гінекомастія тощо), фіброаденоматоз, окрім первинної діагностики УЗД молочних залоз для жінки до 40 років (або мамографія за показами); мамографія для жінок після 40 років (або УЗД молочних залоз за показами);

23.2.13. Вікові та хронічні дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення:

23.2.13.1. опорно-рухового апарату (будь-який остеоартроз, артрозоартрит, остеопороз, хондропатії та ін.);

23.2.13.2. органів зору (макулодистрофія, деструкція скловидного тіла, ангіопатія судин сітківки ока, халязіон);

23.2.13.3. серцево-судинної системи (кардіосклероз, ішемічна хвороба серця, окрім гострих станів і захворювань, які потребують невідкладної стаціонарної допомоги протягом 3 діб), атеросклероз, облітеруючий ендартеріїт та ін;

23.2.13.4. інших органів та систем (пневмосклероз, емфізема легень, хронічна нейросенсорна приглухуватість та ін);

23.2.14. Набуті деформуючі захворювання опорно-рухового апарату (плоскостопість, клишоногість, кривошия, вальгусні/варусні деформації пальців та стоп; сколіозу, тощо), подагра, наслідки застарілих (ті, що відбулися до дати початку дії Договору) ушкоджень опорно-рухового апарату, кили (черевної стінки, діафрагмальні та ін.), за винятком защемлених, які потребують невідкладного оперативного втручання;

23.2.15. Грибкові захворювання шкіри та її придатків, внутрішніх органів, псоріаз, екзема, в т.ч.: атопічний дерматит, себорейний дерматит, будь-який вид алопеції, оніходистрофія, гіперкератози, контагіозний моллюск, вугрова хвороба, акне, вітіліго, паразитарні захворювання (демодекоз, короста, педикульоз, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.) та інших органів (окрім педіатричної практики) тощо, якщо інше прямо не вказано у Програмі;

23.2.16. Гострі інфекційні гепатити (за винятком діагностики та лікування гепатиту А та первинної одноразової якісної діагностики інших видів гепатитів), хронічні гепатити, цироз та гепатоз печінки, якщо інше прямо не вказано у Програмі;

23.2.17. Ожиріння, метаболічний синдром;

23.2.18. Захворювання в період латентного, персистуючого перебігу, в тому числі персистуючі інфекції;

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

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

23.3.1. Захворювання, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечні інфекції, при введенні комплексу карантинних заходів в т.ч. Covid-19 (за винятком ГРВІ, у відповідності до обраної Програми страхування);

- 23.3.2. Захворювання чи наслідки травм, по яких встановлено групу інвалідності, крім випадків, коли це захворювання чи травма виникли та група інвалідності по яких встановлено впродовж строку дії Договору;
- 23.3.3. Злоякісні та доброякісні онкологічні захворювання;
- 23.3.4. Туберкульоз;
- 23.3.5. Захворювання ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз), метаболічна хвороба;
- 23.3.6. Неспецифічні бактеріологічні та грибові захворювання статевих органів (кольпіт, вульвовагініт, ендocerвіцит, вагінальний кандидоз, уретрит, простатит та ін.), ерозії (в т.ч. ектропіон), лейкоплакії та дисплазії шийки матки, поліпи жіночих статевих органів;
- 23.3.7. Кіста яєчника (окрім ускладнень – розрив та перекут кісти), фіброміома матки, аденоми будь-якої локалізації;
- 23.3.8. Системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання, в т.ч. аутоімунні артропатії та спондилопатії (Хвороба Бехтерева та ін.), ревматизм, ревматоїдний артрит, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, саркоїдоз, системний червоний вовчак, аутоімунний тиреоїдит;
- 23.3.9. Функціональні порушення (в т.ч. синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз, дисбіоз, синдром надлишкового бактеріального росту, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закреп, дискінезія жовчовивідних шляхів, вазомоторний риніт); поліноз; непереносимість лактози, глютену; авітаміноз;
- 23.3.10. Демієлінізуючі захворювання та системні атрофії ЦНС, міастенія, міотонія, аміотрофія, сирингомієлія;
- 23.3.11. Захворювання крові та кровотворних органів (в т.ч. іммунодефіцитні розлади) за винятком анемії, що зумовлена гострою крововтратою;
- 23.3.12. Хвороби очей та придатків ока, а саме: міопія, гіперметропія, астигматизм, катаракта, астенія, косокість, глаукома, синдром сухого ока;
- 23.3.13. Прогресуючу, нестабільну стенокардію, гострі порушення ритму серця та провідності, крім надання невідкладної стаціонарної допомоги впродовж 3 діб;
- 23.3.14. Вегето-судинна дистонія (ВСД)/нейро-циркуляторна дистонія(НЦД), дисциркуляторна дистонія(ДЕП), мігрень, окрім надання невідкладної допомоги впродовж 3 діб;
- 23.3.15. Гіпертонічна хвороба, крім надання невідкладної стаціонарної допомоги впродовж 3 діб та разової уточнюючої діагностики в амбулаторних умовах в об'ємі: ЗАК, ЗАС, визначення рівня глікемії, креатиніну, реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях;
- 23.3.16. Остеохондроз та інші дорсопатії в т.ч. і кили міжхребцеві за винятком защемлених, крім 2-ох (двох) курсів лікування тривалістю до 30 (тридцяти) днів протягом дії Договору;
- 23.3.17. Варикозна хвороба нижніх кінцівок, крім висхідного тромбофлебиту, флеботромбозу, кровотечі з варикозних вузлів; геморої, крім ускладнених форм, а саме: кровотечі, тромбозу, защемлення;
- 23.4. Страховик не організовує та не відшкодовує витрати щодо наступних лікарських засобів та виробів медичного призначення (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування):
- 23.4.1. Медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані МОЗ України;
- 23.4.2. Відшкодування вартості двох і більше аналогічних препаратів однієї форми випуску, крім випадків, коли 1 (один) препарат місцевої, а 2 (другий) препарат загальної дії. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;
- 23.4.3. Біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, загальнозміцнюючі засоби, вітаміни, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, препарати оподатковувані ПДВ за основною ставкою;
- 23.4.4. Про- та еубіотики, пребіотики, протигрибкові препарати, бактеріофаги, вакцинація (терапевтична та профілактична, окрім антирабійної та вакцинації проти правця; провокаційні проби), імуномодулятори;
- 23.4.5. Ензими загальної дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, тощо), окрім

препарату серрата, мовіназа при захворюваннях: опорно-рухового апарату, органів дихання, ЛОР-органів та шкіри;

23.4.6. Гомеопатичні, антигомотоксичні препарати;

23.4.7. Сольові розчини для зрошування слизових оболонок закордонного виробництва, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, крім антисептиків для обробки ран;

23.4.8. Препарати з цитопротекторною дією:

23.4.8.1. гепатопротектори;

23.4.8.2. хондропротектори (з діючою речовиною хондроїтинсульфат, глюкозамінсульфат або їх аналоги), біфосфонати та інші препарати, що впливають на структуру і мінералізацію кісток, препарати на основі гіалуронової кислоти;

23.4.8.3. кардіопротектори;

23.4.8.4. ангіопротектори.

23.4.9. Препарати які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів, в т.ч. «Урсофальк», крім випадків призначення таких препаратів після проведеного оперативного втручання в період дії Договору та окрім препарату канефрон (тринефрон) при гострих інфекціях сечового міхура (цистит) та нирок (пієлонефрит) на термін не більше 10 днів;

23.4.10. Лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси (з ноотропною, антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровотік, крім невідкладної стаціонарної допомоги), препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини тощо;

23.4.11. Препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, гіполіпідемічні препарати, антинеопластичні засоби;

23.4.12. Антитромботичні засоби для систематичного чи профілактичного застосування в амбулаторних умовах (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин, дабігатрат етексилат («продакса»), ксарелто (ривароксабан), фраксипарин та інші);

23.4.13. Лікування препаратами-аналогами гонадотропін-релізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо);

23.4.14. Психотропні, снодійні та заспокійливі засоби, в т.ч. які мають додаткову лікувальну дію (наприклад, спазмолітичну), крім лікування в умовах стаціонару ЧМТ та ГПМК;

23.4.15. Медикаменти, які призначені з профілактичною метою, окрім: протигрибкових препаратів, при призначенні антибіотикотерапії, а також інгібіторів «протонного насоса» при призначенні нестероїдних протизапальних препаратів, курсом до 14 днів

23.4.16. Медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, набори для емболізації, деартерилізації, штучні зв'язки, комір Шанца, бандаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези (всі види), ортези, устілки, імпланти (в тому числі стоматологічні), фіксатори зубних протезів, скоби для степлера, ендоскопічні стійки, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, літотрипсії, артроскопії, сітки для грижі, петлі для поліпектомій, кардіостимулятори та ін.);

23.4.17. Фіксатори та обладнання для остеосинтезу закордонного виробництва, крім країн-виробників Польща, Чехія, Словенія, Словаччина, Китай, Індія. Скотч-касти» та їх аналоги, за винятком «Скотч-кастів» білого кольору;

23.4.18. Медичний інструментарій (крім шприців, крапельниць, одноразових скальпелів, катетерів для проведення внутрішньовенних інфузій, одноразові ендотрахеальні трубки та антибактеріальні фільтри, шовний матеріал, пластир, набори для спинномозкової анестезії);

23.4.19. Вироби медичного призначення (пелюшки, підгузки, медичні халати, маски, бахіли, простирадла, клейонки тощо).

23.5. Страховик не організовує та не відшкодовує витрати щодо наступних послуг та підготовку до надання таких послуг (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування):

- 23.5.1. Діагностика та лікування (в тому числі медикаментозне) будь-якого захворювання в амбулаторних умовах строком понад 30 (тридцять) календарних днів з моменту першого звернення по даному страховому випадку, окрім травматичних ушкоджень курс лікування якого передбачає зняття пластин, гвинтів, інтрамедулярних стержнів, шпичь, дроту, гіпсу та інших фіксаторів після 30 днів лікування, у такому випадку покривається процедура зняття та не більше 2 контрольних консультацій лікаря в рамках діючого Договору страхування, або при безперервному медичному страхуванні;
- 23.5.2. Лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;
- 23.5.3. Медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;
- 23.5.4. Лікування та діагностика, що не відповідають чинним стандартам протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародні протоколи лікування;
- 23.5.5. Альтернативні консультації, повторні та/або не призначені лікарем медичні обстеження Застрахованої особи та/або придбання за її власним бажанням лікарських засобів, товарів медичного призначення без відповідних медичних показань (за відсутності призначення лікаря, що лікує);
- 23.5.6. Надання послуги «виклик лікаря» за місцем перебування Застрахованої особи (поза межами лікувально-профілактичного закладу), медичними працівниками, які мають наукові ступені чи керівні посади (к.н.м., д.м.н., професори, завідувачі відділенням, головні лікарі, провідні фахівці та інші);
- 23.5.7. Гідроколонотерапія, лазерні технології (окрім невідкладних станах при страхових діагнозах), склеротерапія;
- 23.5.8. Корекція психоемоційних порушень;
- 23.5.9. Запобігання вагітності, контрацептивні засоби; послуги з планування сім'ї, стерилізації, штучного запліднення;
- 23.5.10. Модифікація людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в тому числі хірургічна зміна статі, зміна ваги;
- 23.5.11. Косметичні, гігієнічні процедури та пластичні операції (крім випадків, коли такі операції є етапом оперативного відновлення функцій, порушених в результаті нещасного випадку, який настав в період дії Договору), в тому числі септопластика, процедури та засоби, пов'язані з корекцією слуху, дефектами шкіри (кріотерапія, кріомасаж, видалення бородавок, папілом, кондилом; лікування келоїдних рубців, в тому числі травмування);
- 23.5.12. Оперативне втручання, пов'язане з пересадкою органів, їх пошуком, доставкою, оплатою донорів, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та ін.), протезування, ендпротезування та імплантація (крім вартості ліжко-дня та харчування, що надається в стаціонарі);
- 23.5.13. Комплексне лікування захворювань та станів, що потребують корегуючої терапії (анти тиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної чи антигормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів);
- 23.5.14. Застосування екстракорпоральних методів лікування:
- 23.5.14.1. плазмофорез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмодіфільтрація, окрім лікування захворювань, які вперше виникли під час дії Договору та, що загрожують життю;
- 23.5.14.2. озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та ін.;
- 23.5.15. Специфічна імунотерапія алергічних захворювань; генетичне

		<p>тестування та аналіз поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму;</p> <p>23.5.16. Консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, нарколога, логопеда, імунолога, сурдолога, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога, трихолога, косметолога;</p> <p>23.5.17. Транспортні витрати при проведенні медичних маніпуляцій вдома (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше);</p> <p>23.5.18. Медичні довідки для отримання водійського посвідчення, носіння зброї, відвідування басейну, санаторно-курортного лікування та оформлення інших довідок;</p> <p>23.5.19. Транспортування Застрахованої особи до Медичних закладів, за винятком транспортування для надання невідкладної допомоги в стаціонарних умовах або за медичними показами при неможливості надання медичної допомоги необхідного обсягу в тому закладі, де знаходиться застрахована особа;</p> <p>23.5.20. Диспансерний нагляд;</p> <p>23.5.21. Профілактичне та/або реабілітаційне лікування (в т.ч. після перенесених травм та захворювань опорно-рухового апарату), мануальна терапія, всі види масажу, фізіотерапевтичні процедури, ударно-хвильова терапія, кінезіологічне тейпування, ЛФК;</p> <p>23.5.22. Проведення курсу лікування на бальнеологічних та лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах;</p> <p>23.5.23. Відбілювання зубів, нанесення напильника, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, ортодонція, ортопедія (в т.ч. вініри), герметизація фісур, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пастки; заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;</p> <p>23.5.24. Харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось повних 3 роки.</p>
24.	Порядок вирішення спорів	<p>24.1. Механізм захисту прав споживачів фінансових послуг в АТ «СГ«ТАС» (приватне) визначений «Положенням про розгляд скарг споживачів фінансових послуг АТ «СГ «ТАС» (приватне). Спірні питання по договору страхування між страхувальником, потерпілою третьою особою та страховиком розв'язуються шляхом переговорів. Якщо переговори по спірних питаннях не призведуть до обопільної домовленості сторін, вирішення суперечок здійснюється у порядку, встановленому чинним законодавством України, в тому числі шляхом звернення до суду.</p> <p>24.2. За посиланням (Розділ - Механізми захисту прав споживачів фінансових послуг) https://sgtas.ua/complaints</p>
25.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>25.1. Контакт-центр Страховика за номером (вартість дзвінка згідно з тарифами оператора):</p> <p>+38 (093) 0884777</p> <p>+38 (095) 0884777</p> <p>+38 (097) 0884777</p>
26.	Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику	<p>26.1. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику перед укладенням Договору страхування наступну інформацію, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхової премії за договором страхування, а саме:</p> <p>26.1.1. відомості про Застраховану особу: вік особи, умови праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань, встановлення групи інвалідності, тощо, наявність хронічних захворювань, наявність хвороб, які потребують диспансерного нагляду); відношення до категорій осіб визначених у Розділі 10 Частини 2 Договору;</p> <p>26.1.2. інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування.</p>
27.	Гранична максимальна частка витрат страховика,	50%

	пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування				
28.	Інші умови	<p>28.1. Сторони погодились, що місцем виконання Договору (місцем виконання зобов'язання) є місцезнаходження Страховика, а саме: юридична адреса Страховика, підсудність.</p> <p>28.2. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі (крім повідомлень, для яких прямо передбачено за цим Договором окремий порядок їх надання).</p> <p>28.3. Якщо будь-яке положення цього Договору буде визнано недійсним, це не тягне за собою недійсність Договору в цілому.</p> <p>28.4. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних", особа, що приєдналася до даного Договору страхування, надає згоду АТ «СГ «ТАС» (приватне) на обробку персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщеному на офіційному сайті компанії sgtas.ua).</p> <p>28.5. Страхувальник підтверджує, що до укладання Договору страхування Страховиком надана вся необхідна та повна інформація в порядку та обсязі відповідно до Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування», підписанням Частини 1 цього договору, Страхувальник підтверджує, що йому у повному обсязі надана доступна та вичерпна інформація про страховий продукт, страховика та страхового посередника (за наявності), шляхом надання посилання - https://sgtas.ua/zus-dms-is, https://sgtas.ua/info, а рішення укласти договір прийнято усвідомлено. Страхувальнику доведено до відома, Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком розміщений за посиланням: https://sgtas.ua/complaints . Захист прав споживачів фінансових послуг здійснює Національний банк України та інші державні органи в межах своєї компетенції.</p> <p>28.6. Страхувальник підписанням Частини 1 даного Договору дає згоду Приватному акціонерному товариству «Страхова ГРУПА «ТАС» на передачу, зберігання, використання та поширення через Бюро кредитних історій інформації щодо себе, і згоду ТОВ «Українське бюро кредитних історій» (01001, м. Київ, вул. Грушевського, 1Д) на збір, зберігання і використання інформації з інших джерел, що впливає на можливість виконання своїх зобов'язань відповідно до ст. 9, ст. 11 Закону України «Про організацію формування та обігу кредитних історій», а також на доступ і отримання своєї кредитної історії в ТОВ «Українське бюро кредитних історій» у порядку, передбаченому ст. 11 Закону України «Про організацію формування та обігу кредитних історій» та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».</p> <p>28.7. Страхувальник, Вигодонабувач, одержувач страхового відшкодування, Застрахована особа, потерпілий надає дозвіл (згоду) на здійснення використання відкритих мережевих сервісів для отримання інформації з обмеженим доступом (Страховик здійснює приймання, оброблення, зберігання, надсилання електронних документів та інформації, потрібної для створення електронних документів, з дотриманням вимог законодавства України щодо захисту персональних даних, таємниці страхування, комерційної таємниці, таємниці фінансового моніторингу).</p>			
29.	Особливості програм страхування	Програма	Класік	Стандарт	Люкс
		Амбулаторно-поліклінічна допомога			
		Клас клінік, рівень страхового покриття	1,2,3,4-100%-державні відомчі та приватні клініки	1,2,3,4-100%-державні відомчі та приватні клініки	1,2,3,4-100%-державні відомчі та приватні клініки

		Консультації лікарів онлайн	через платформу лікар онлайн	через платформу лікар онлайн	через платформу лікар онлайн
		Консультація терапевта (сімейного лікаря)	Ні	2 консультації	Так
		Консультації вузьких фахівців	Ні	3 консультації	Так
		Інструментальна діагностика за призначенням лікаря	3 діагностики (крім КТ/МРТ)	3 діагностики (крім КТ/МРТ)	3 діагностики (крім КТ/МРТ)
		Лабораторна діагностика за призначенням лікаря	3 аналізи (крім алерго панелі та гормональної панелі)	3 аналізи (крім алерго панелі та гормональної панелі)	3 аналізи (крім алерго панелі та гормональної панелі)
		Фізіотерапія	Ні	Ні	10 процедур на випадок
		Малі хірургічні операції в амбулаторних умовах	Ні	Так	Так
		Виклик лікаря додому	Ні	Так	Так
		Засоби медичного призначення, витратні матеріали: гіпс, шприци та ін.	Ні	Так	Так
		Медикаментозне забезпечення за призначенням лікаря	Ні	Так, 50% покриття	Так, 50% покриття
		Стационарна допомога: невідкладна			
		Клас клінік	3,4-100% державні та відомчі клініки	3,4-100% державні та відомчі клініки	3,4-100% державні та відомчі клініки
		Перебування та харчування в умовах стаціонару, терапевтичне та хірургічне лікування	Так	Так	Так
		Медикаменти та витратні матеріали	Так	Так	Так
		Всі види діагностики	Так	Так	Так
		Швидка та невідкладна медична допомога			
		Категорія ЛПУ	всі договірні клініки	всі договірні клініки	всі договірні клініки
		Вїзд бригади невідкладної медичної допомоги, реанімаційні, діагностичні заходи, лікувальні процедури	Так	Так	Так
		Транспортування в стаціонар або травмопункт	Так	Так	Так
		Додаткові опції			
		Covid-19 (ПЛР тест за призначенням лікаря)	Ні	Так, при настанні страхового випадку	Так, при настанні страхового випадку
29.	Медичні заклади	29.1. База Медичних закладів по продукту страхування розміщується на сайті Страховика на сторінці за посиланням			Додаток №1

		https://sgtas.ua/medzaklady , комірки які є пустими вважаються такими як недоступні для даного продукту.
--	--	--

