

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ  
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГАРДІАН»**

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. Генерального директора ТДВ «СК «ГАРДІАН»

П. Коріненко  
2019 року



**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО  
СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я) №04  
(НОВА РЕДАКЦІЯ)**

## **1. ТЕРМІНИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ПРАВИЛАХ**

- 1.1. **АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ (НАДАЛІ – АСИСТАНС)** - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика, здійснює організацію, контроль щодо надання медичних та інших послуг ЗО;
- 1.2. **БАЗОВИЙ ЛІКАРНЯНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАКЛАД (СКОРОЧЕНО – ЛПЗ)** – медичний заклад, передбачений Класом та Програмою страхування, зазначений у Договорі, в який пріоритетно направляються Застраховані особи для отримання медичних та інших послуг;
- 1.3. **ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму ЗО, що призвело до погіршення здоров'я ЗО та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я ЗО або загрозувати її життю;
- 1.4. **ГОСТРИЙ БІЛЬ** - реакція нервової системи ЗО на зовнішній або внутрішній подразник, що може призвести до розвитку больового шоку, який становить загрозу життю та/або здоров'ю ЗО;
- 1.5. **ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ** - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі Страхувальником, на користь якої укладено Договір, (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору;
- 1.6. **ЕКСТРЕНА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ** – надання стаціонарної медичної допомоги ЗО з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що загрожує життю та/або здоров'ю ЗО, потребує невідкладного стаціонарного лікування;
- 1.7. **ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (РЕЦИДИВ)** - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у стан ремісії (визначається лікарем ЗО);
18. **ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА** – фізична особа на користь якої укладений Договір, сплачує та/або за яку сплачується у встановленому Договором порядку страховий платіж, може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором;
- 1.9. **ЛІКАР-КООРДИНАТОР** - представник Страховика, який організовує надання медичної допомоги ЗО;
- 1.10. **Лікувально-профілактичні установи (ЛПУ), заклади (надалі – ЛПЗ)** – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників, з яким Страховиком або Асистансом укладена угода про надання медичних послуг ЗО;
- 1.11. **ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Страховика та Страхувальника/ЗО може встановлюватись при укладанні Договору;
- 1.12. **ЛПЗ З ПЕРЕЛІКУ СТРАХОВИКА** – ЛПЗ, з якими Страховик/Асистанс уклав договір, згідно з яким будуть надаватись ЗО медичні та інші послуги;
- 1.13. **МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ** – територія, під час та в межах перебування на якій ЗО, у разі виникнення в ЗО розладу здоров'я (викликаного гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання чи нещасним випадком), Страховик повинен оплатити/відшкодувати вартість наданих ЗО медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхування;
- 1.14. **МЕДИЧНА ДОПОМОГА** – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства;
- 1.15. **ПЛАНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ** - надання стаціонарної медичної допомоги ЗО за направленням лікаря за наявності медичних показів, що здійснюється відповідно до раніше погоджених дати та часу госпіталізації та не потребує надання невідкладної медичної допомоги;
- 1.16. **НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК** – випадкова, раптова, короткочасна, непередбачувана, не спричинена навмисно та незалежна від волі ЗО подія, що сталась протягом строку дії Договору внаслідок впливу зовнішніх чинників та незалежно від будь-яких інших обставин і призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я ЗО та/або її смерті та яка не підпадає під виключення згідно з цими Правилами. До нещасних випадків відносяться: утоплення; опіки; відмороження; ураження електричним струмом або блискавкою; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими), отруйними рослинами, зараженими/отруєними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу і т.п.); укуси тварин, отруйних комах, змій; захворювання кліщовим енцефалітом.

Договором може бути передбачено настання нещасного випадку внаслідок одного або декількох чинників. До зовнішніх чинників можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої ЗО, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання ЗО або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо. Під розладом здоров'я слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно – мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.

**1.17. ПРОГРАМА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (НАДАЛІ - ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ, СКОРОЧЕНО - ПРОГРАМА)** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, транспортних та інших послуг певного обсягу, що надаються ЗО згідно з Договором;

**1.18. СТРАХОВИК** – фінансова установа, яка одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності, зареєстрована Уповноваженим органом відповідно до Закону України «Про страхування» №85/96-ВР від 07 березня 1996 р. зі змінами і доповненнями, та законодавства України. **В цих Правилах Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «ГАРДІАН»;**

**1.19. СТРАХУВАЛЬНИКИ** – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які укладають із Страховиком Договори;

**1.20. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** – подія, передбачена Договором, яка відбулась під час дії Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату ЗО або іншій третій особі (медичному, транспортному або іншому закладу, що надав допомогу, виконав послугу відповідно до Договору);

**1.21. СТРАХОВА ВИПЛАТА** – грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору;

**1.22. СТРАХОВА СУМА** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку;

**1.23. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (ВНЕСОК, ПРЕМІЯ)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов Договору;

**1.24. СТРАХОВИЙ ТАРИФ** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування;

**1.25. ФРАНШИЗА** - частина збитків Страхувальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором;

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

**1.27. УСКЛАДНЕННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ** – новий медичний стан ЗО або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане або не пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало;

## **2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

2.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – **Правила**) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування», норм цивільного та іншого законодавства України;

2.2. На підставі цих Правил, Договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – **Договори**) Страховик здійснює добровільне медичне страхування фізичних осіб;

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

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

2.3.2. відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги;

2.4. У разі невідповідності окремих положень цих Правил нормам законодавства України, в тому числі внаслідок внесення змін до законів України, такі окремі положення перестають діяти. У Договорі Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір і не діють у конкретних умовах страхування. У випадку, коли конкретні умови Договору не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами Договору;

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника та/або ЗО;

### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ**

4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Страховика та Страхувальника;

4.2. Погоджений Страховиком та Страхувальником розмір страхової суми зазначається в Договорі;

4.3. У Договорі можуть бути встановлені окремі страхові суми (ліміти відповідальності) за окремими Програмами, страховими випадками або за певними видами передбаченої Договором медичної допомоги;

4.4. Розмір страхової суми (ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами) може бути змінено за згодою Страховика та Страхувальника до настання страхового випадку;

### **5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.**

5.1. Розмір страхових тарифів обчислюється актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків (з урахуванням вартості медичних і інших послуг, наданих ЗО, кількості ЗО, переліку страхових випадків і т. ін.);

5.2. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні Договорів на підставі цих Правил, наведені в Додатках до цих Правил;

5.3. Страховий платіж визначається залежно від розміру страхового тарифу, який встановлюється у Договорі згідно з умовами п.5.1 цих Правил;

5.4. Страхувальник має право сплачувати страховий платіж у формі, передбаченій законодавством України. Страховий платіж сплачується Страхувальником в строки, передбачені Договором; Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово або частинами в порядку і на умовах, зазначених в Договорі;

5.5. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним Договором мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України;

5.6. У разі, якщо на момент настання страхового випадку страховий платіж, зазначений в Договорі, не сплачений Страхувальником в повному розмірі, страхове відшкодування здійснюється Страховиком пропорційно відношенню суми сплаченого страхового платежу до суми страхового платежу, зазначеного в Договорі, якщо інше не передбачено Договором;

5.7. У разі, якщо умовами Договору передбачена сплата страхового платежу частинами, і до зазначеного в Договорі строку не внесена відповідна частина страхового платежу незалежно від причин, то дія Договору припиняється на наступний день після закінчення періоду, за який сплачено платіж, якщо інше не передбачено умовами Договору;

### **6. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК**

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

6.2. Відповідно до цих Правил, страховими ризиками є:

6.2.1. непередбачене гостре захворювання ЗО, що потребує надання медичної допомоги;

6.2.2. загострення хронічної хвороби ЗО;

6.2.3. розлади здоров'я ЗО, що є наслідками нещасного випадку, який трапився із ЗО під час дії Договору, та в межах території дії Договору;

6.2.4. необхідність звернення ЗО до ЛПЗ у інших випадках, передбачених Договором;

6.3. Страховим випадком є звернення ЗО під час дії Договору до Страховика та/або Асистансу, ЛПЗ, іншого закладу охорони здоров'я, з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з профілактичною метою, якщо це передбачено Програмою страхування, та

отримання медичної допомоги та інших послуг у межах та в обсязі Програми страхування та лімітів страхування;

## **7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

### **7.1. Якщо інше не передбачене Договором, не приймаються на страхування:**

7.1.1. особи, визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

7.1.2. особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному);

7.1.3. хворі на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи;

7.1.4. госпіталізовані на дату початку дії Договору;

7.2. Страховик має право достроково припинити дію Договору по відношенню до ЗО, якщо буде встановлено факт відношення до осіб, зазначених у п 7.1. цих Правил;

7.3. Страховик не організовує та не здійснює (якщо інше не передбачено Програмою страхування) оплату медичних послуг, потреба в яких виникла у зв'язку з такими захворюваннями та станами:

7.3.1. захворюваннями, курс лікування яких був розпочатий до початку дії Договору;

7.3.2. СНІД та ВІЛ-інфекція; наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, в т.ч. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок цих станів;

7.3.3. захворювання, за яким встановлена стійка втрата працездатності з встановленням групи інвалідності (I, II, III), встановлення категорії дитина-інвалід, та їх ускладнення; вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання;

7.3.4. професійні захворювання відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України професійної патології (асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);

7.3.5. класичні венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностика та лікування захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в.т.числі гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз та ін. ); ToRCH- інфекції поза загостренням (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус), вірус Епштейн – Барра ;

7.3.6. лікуванням більш, ніж одним курсом тривалістю до 30 календарних днів, вагінального кандидозу, бактеріального вагінозу (гарднерельозу);

7.3.7. інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (в т.ч. амебіаз, лямбліоз, аскаридоз);

7.3.8. дерматологічні захворювання: в т.ч. мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний молюск, вітіліго;

7.3.9. вікові дегенеративно-дистофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, а саме: катаракта, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз;

7.3.10. цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання та їх ускладнення на всіх стадіях захворювання;

7.3.11. аденоїдними вегетаціями, гіпертрофією носових мушель;

7.3.12. хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт;

7.3.13. функціональні розлади органів травлення: дискінезії жовчовивідних шляхів – окрім випадків, коли ДЖШ виникає як супутній діагноз основного захворювання гастроентерологічного профілю, функціональний закріп, диспанкреатизм; стани, що супроводжуються порушенням фізіологічної мікрофлори організму;

7.3.14. комп'ютерний синдром, синдром сухого ока, глаукома, міопія, косоокість;

7.3.15. системні захворювання сполучної тканини, в т.ч. ревматизм у неактивній фазі; демієлінізуючі захворювання; аутоімунні та алергічні хвороби;

7.3.16. безпліддя, порушення сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональні стани, мастопатія; аденома простати, ендометріоз, фіброміома, окрім невідкладних станів, які супроводжуються кровотечею; вагітність та пологи (за винятком позаматкової вагітності), звичне не виношування вагітності;

7.3.17. психічні захворювання, психопатії, неврози, астено - депресивні стани, синдром хронічної втоми, епілепсія, порушення мови;

7.3.18. тривалим, більше 14 календарних днів, субфебрилітетом невідомого походження (37,0° С – 38,0° С).

7.3.19. хвороби крові (окрім залізодефіцитної анемії 3 ст.) в т.ч. онкогематологічні захворювання;

7.3.20. хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність);

7.3.21. гіпертонічною хворобою, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах;

7.3.22. особливо небезпечні інфекції: в т.ч. чума, холера, натуральна віспа, геморагічні лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів, окрім грипу, ОРЗ. ОРВІ 1 раз на рік;

7.3.23. бородавки, папіломи, атероми та доброякісні пухлини (в т.ч. ліпоми, поліпи, гемангіоми, гігроми) за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст тощо);

7.3.24. хронічна ниркова, печінкова та серцева недостатність;

7.3.25. діагностика та лікування гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс – гепатити, цироз печінки, гепатоз.

7.4. Страховик не сплачує медичному закладу та не відшкодовує ЗО (якщо інше не передбачено Програмою):

7.4.1. витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою;

7.4.2. витрати на медикаменти без призначення лікаря або при отриманні медичних послуг без направлення лікаря;

7.4.3. витрати на медикаменти курсом лікування більше 30 календарних днів;

7.4.4. витрати на придбання та ремонт допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, комірців шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції для металостеосинтезу тощо);

7.4.5. витрати на послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання;

7.4.6. витрати на медичні послуги, одержані ЗО без погодження Страховика/Асистанса;

7.4.7. витрати на профілактичні огляди; диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;

7.4.8. витрати на медикаменти, призначені з метою профілактики, у т.ч. біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики (окрім випадків необхідності їх призначення при антибіотикотерапії), стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор, та ін.), ферменти загальної дії (вобензим, флогензим та ін.), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні препарати, цитостатики, хондро- та гепатопротектори, БАДи;

7.4.9. витрати на благодійні внески;

7.4.10. витрати на лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітацію та відновлювальну терапію після перенесених травм та захворювань;

7.4.11. витрати на отримання медичних довідок: для поліції, для дозволу на зброю, на вступ до навчальних закладів, сертифікатів нарколога та психіатра, тощо; витрати на відкриття та закриття листку непрацездатності без огляду лікаря, доставку листка непрацездатності до місця роботи, до місця проживання; витрати на оформлення листка непрацездатності по догляду за дитиною;

7.4.12. витрати на медичні маніпуляції дому за місцем проживання ЗО (ін'єкції, забір аналізів та інше);

7.4.13. витрати на професійні огляди, освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі зі стаціонару до місця проживання, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади;

7.4.14. витрати на обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в т.ч. гіпноз, психотерапію, консультації та лікування у психолога, психотерапевта; логопеда; іридодіагностика, біокорекцію, мануальну терапію, рефлексотерапію, гірудотерапію; плазмаферез, гемосорбцію, гемодіаліз, озонотерапію, плазмофільтрацію, УФО крові, аутогемотерапію;

7.4.15. витрати на додаткові/альтернативні консультації та обстеження, за виключенням випадків коли лікуючий лікар медичного закладу видає письмове направлення на додаткову консультацію/обстеження, або ЗО письмово звернулася з заявою до Страховика з обґрунтуванням необхідності додаткової консультації/альтернативної консультації та обстеження;

7.4.16. витрати на косметичний, профілактичний, лікувальний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), використання барокамери, SPA - капсули та лазерних технологій;

7.4.17. витрати на вироби медичного призначення (медичні вироби), за виключенням шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України;

7.4.18. витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;

7.4.19. витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;

7.4.20. витрати на косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планування герніопластику, ринопластику, венектомію, тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору та підтверджений документально;

7.4.21. витрати на трансплантацію органів та тканин, протезування (у т.ч. зубів);

7.4.22. витрати на забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;

7.4.23. витрати на засоби, що корегують функції органів: в т.ч. штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани;

7.4.24. витрати на медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в т.ч. гормональні, ферментні, антигіпертензивні препарати);

7.4.25. витрати на штучне запліднення, переривання вагітності без медичних показань, послуги з планування сім'ї, контрацепцію, стерилізацію, безпліддя, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперандрогенію, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, гіперпролактинемію, визначення гормонального стану (більше 5-ти гормонів протягом строку дії Договору); застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в т.ч. золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу «Мірена»;

7.4.26. витрати на діагностику та лікування ожиріння (ліпідограма), модифікацію тіла з метою поліпшення психологічного стану, в т.ч. хірургічну зміну статі, планування діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпідограму, консультації імунолога, сенсibiliзуючу терапію при алергозах тощо);

7.4.27. витрати на корекцію зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в т.ч. апаратне лікування косоокості, підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки;

7.4.28. моральну шкоду та упущену вигоду;

7.5. Страховик не відшкодовує витрати на медичні послуги у зв'язку з ушкодженнями або хворобами, що мали місце до укладання Договору, витрати на наслідки самолікування (тобто вживання ліків без призначення лікаря), витрати на будь-які операції або лікування, не завершених до початку дії Договору;

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

7.7. Договором можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування;

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

8.1. Договір укладається на погоджений Страхувальником і Страховиком строк. Договір вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше одного року. Дата початку та дата закінчення строку дії Договору зазначаються в Договорі;

8.2. Договір набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором, діє протягом строку, зазначеного в Договорі, та закінчується о 24-ій годині дня, зазначеного як останній день дії Договору;

8.3. Місце дії Договору визначається за згодою його Сторін;

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

9.1. Договір укладається у письмовій формі на підставі усної або письмової заяви Страхувальника. Факт укладання Договору може посвідчуватись страховим Свідоцтвом (Полісом, Сертифікатом);

9.2. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всю наявну інформацію та документи, які є підставою для визначення ступеню страхового ризику;

9.3. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність подачі інформації, зазначеної в п.9.2 цих Правил;

9.4. Якщо Страхувальник належним чином не повідомить Страховика про зміни в інформації, зазначеній в Заяві на страхування, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, або в період дії Договору вимагати його дострокового припинення;

9.5. У випадку втрати Договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) в період дії Договору, Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дублікату втрачені Договір або страхове Свідоцтво (Поліс, Сертифікат) є недійсними і виплати страхових відшкодувань по ним не здійснюються;

9.6. Будь-які зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика шляхом укладення Додаткових угод;

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

9.8. В Договорі Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір і не діють у конкретних умовах страхування. В разі, якщо конкретні умови Договору не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами Договору.

## **10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **10.1. Страхувальник має право:**

10.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування та вимагати від Страховика роз'яснень їх положень, порядку визначення розмірів страхової суми, страхового платежу та страхового відшкодування;

10.1.2. На одержання страхової виплати в розмірі та строки, визначені цими Правилами та/або Договором;

10.1.3. Вносити Страховику пропозиції щодо змін і доповнень до умов Договору;

10.1.4. Достроково припинити дію Договору, якщо це передбачено його умовами, з додержанням вимог законодавства України;

10.1.5. Збільшити розмір страхової суми/ліміту відповідальності шляхом укладання Додаткової угоди на строк, що залишився до закінчення дії Договору, з внесенням додаткового страхового платежу;

10.1.6. Надавати Страховику додаткову інформацію та документи, що стосуються обставин страхового випадку;

10.1.7. На одержання від Страховика дублікату Договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) у разі втрати оригіналу;

10.1.8. При укладанні Договору призначати Вигодонабувачів для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене Договором.

10.1.9. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші права Страхувальника;

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

10.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі в порядку і на умовах, визначених Договором;

10.2.2. При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.2.3. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика;

10.2.4. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмету Договору;

10.2.5. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я ЗО та здійснити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та у строки, передбачені Договором;

10.2.7. Повернути страхову виплату, що вже отримана Страхувальником/ЗО, при виникненні обставин, що позбавляють Страхувальника/ЗО права на отримання страхової виплати, передбачених законодавством України, цими Правилами та/або Договором, протягом строку, передбаченого цими Правилами та/або Договором;

10.2.8. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника;

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

10.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу в порядку і на умовах, передбачених Договором;

10.3.2. Провести під час лікування заміну лікувально-профілактичного закладу або лікаря за згодою Страховика, якщо Договором не передбачено інше;

10.3.3. Сплачувати самостійно отримані медичні послуги на умовах, передбачених Договором;

10.3.4. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт надання медичних послуг/медичної допомоги неналежної якості, про факт не надання медичної допомоги;

10.3.5. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші права ЗО;

### **10.4. Застрахована особа зобов'язана:**

10.4.1. Проходити лікування, яке призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу в якому ЗО надається медична допомога;

10.4.2. Надавати достовірну інформацію ЛПЗ та Страховику про стан здоров'я ЗО;

10.4.3. Надавати Страховику та/або Асистансу можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я ЗО;



10.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та у строки, передбачені Договором;

10.4.5. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки ЗО;

#### **10.5. Страховик має право:**

10.5.1. Перевіряти достовірність інформації, наданої Страхувальником та/або ЗО;

10.5.2. На проведення попереднього медичного обстеження Страхувальника та/або ЗО;

10.5.3. Відмовити у прийнятті на страхування ЗО;

10.5.4. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, які можуть володіти інформацією про обставини настання страхового випадку;

10.5.5. Повністю або частково відмовити в здійсненні страхової виплати;

10.5.6. Відстрочити прийняття рішення про страхову виплату на строк, передбачений Договором;

10.5.7. Достроково припинити дію Договору або вносити зміни в Договір в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та Договором;

10.5.8. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші права Страховика;

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

10.6.1. Ознайомити Страхувальника/ЗО з умовами та Правилами страхування;

10.6.2. 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 або страхового відшкодування Страхувальнику;

10.6.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається у Договорі;

10.6.5. Не розголошувати відомості про стан здоров'я ЗО;

10.6.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

10.6.7. Прийняти рішення про страхову виплату або відмовити у страховій виплаті у строки, передбачені в Договорі;

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

11.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/ЗО повинен здійснити наступні дії:

11.1.1. В строк, передбачений в Договорі, повідомити Страховика та/або Асистанс про настання події, що має ознаки страхового випадку. У випадку, коли вчинення таких дій було неможливим, Страхувальник/ЗО повинен довести це документально;

11.1.2. В строк, передбачений в Договорі, повідомити про подію, що має ознаки страхового випадку, відповідні компетентні органи;

11.1.3. В порядку і на умовах, зазначених у Договорі, звернутись до ЛПЗ за наданням медичної допомоги;

11.1.4. Надати Страховику достовірну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку;

11.2. Невиконання Страхувальником умов п.11.1. цих Правил є підставою для відмови Страховика у страховій виплаті.

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

12.1. Страховик відшкодовує в межах страхової суми/лімітів відповідальності вартість наданих закладом охорони здоров'я послуг на підставі документів, наданих закладами охорони здоров'я Страховику;

12.2. Якщо ЗО за згодою Страховика сплатила вартість наданих медичних послуг або медикаментів, їй повертаються грошові кошти на підставі підтверджуючих документів;

12.3. Для одержання страхової виплати Страхувальник/ЗО надає Страховику:

12.3.1. заяву встановленого зразка;

12.3.2. копію паспорту громадянина України ;

12.3.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру

12.3.4. Довідку лікаря ЛПУ (виписка з історії хвороби стаціонарного хворого) з визначеним діагнозом ЗО, датою звернення до ЛПУ, переліком наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів (з зазначенням разових та курсових доз або копію листка призначень), завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

- 12.3.5. рецепти на придбання ліків;
  - 12.3.6. оригінали документів, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;
  - 12.3.7. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин настання страхового випадку;
- 12.4. Документи, зазначені в п.12.3 цих Правил, надаються Страховику протягом 10 календарних днів з дня сплати Страхувальником/ЗО медичних послуг та/або медикаментів, якщо інше не передбачене Договором;

### **13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

13.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

13.1.1. Перерахування грошових коштів на рахунок Асистансу або закладу охорони здоров'я на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість наданої медичної допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Асистансом або закладом охорони здоров'я;

13.1.2. Відшкодування Страхувальнику/ЗО вартості отриманих медичних послуг у разі самостійної їх сплати за умови надання всіх документів, що зазначені у п.12.3 цих Правил. Якщо інше не передбачене Договором, відшкодування здійснюється наступним чином: протягом 15-ти робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, зазначених в Розділі 12 цих Правил, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику/ЗО протягом 15-ти робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату;

13.1.3. Страхова виплата закладу охорони здоров'я, Асистансу здійснюється у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та Асистансом/закладом охорони здоров'я;

13.1.4. Рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомляється Страхувальнику/ЗО протягом 10-ти робочих днів з дня прийняття рішення про відмову у страховій виплаті;

13.2. У разі недостатності наданих Страхувальником/ЗО документів для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру завданих збитків, Страхувальник на вимогу Страховика зобов'язаний надати також інші документи. При цьому Страховик має право подовжити строк для прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до моменту надання Страхувальником таких документів;

13.3. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо кваліфікації події як страхового випадку, причин та обставин, розміру збитку, який підлягає відшкодуванню у зв'язку з настанням страхового випадку, та виникнення сумнівів у Страховика щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна із Сторін має право на проведення за власний рахунок незалежної експертизи. Прийняття Страховиком в такому випадку рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті може бути відстрочено, але не більше ніж на 6 місяців;

13.4. У разі початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, рішення про страхову виплату приймається після закінчення досудового розслідування (закриття кримінального провадження) або винесення судом у кримінальному провадженні вироку, або винесення постанови чи ухвали суду про застосування примусових заходів медичного характеру, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній (господарській справі). В цьому випадку строк прийняття рішення про страхову виплату може бути подовжений до 12 місяців, якщо інше не передбачене Договором, з дати початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства. При подачі Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем заяви до суду, що стосується події, яка має ознаки страхового випадку, останні зобов'язані залучити Страховика в якості третьої особи без самостійних вимог. Порушення цього зобов'язання може бути підставою для відмови у страховій виплаті;

13.5. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхову суму, зазначену в Договорі. Якщо страхова виплата здійснена в розмірі повної страхової суми, дія Договору припиняється;

13.6. Після здійснення Страховиком страхової виплати, що становить частину страхової суми, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії. При цьому сума зобов'язань Страховика зменшується на суму здійсненої страхової виплати;

13.7. У разі, якщо після здійснення страхової виплати Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки в повному обсязі, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути

Страховику страхову виплату. У разі, якщо після здійснення страхової виплати, Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки частково, Страхувальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику суму відшкодування, отриманого від третьої особи;

13.8. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до одержання необхідної інформації, але не більше, ніж на 6 місяців з дня отримання заяви Страхувальника, у випадках, коли:

13.8.1. У нього з'явилися обґрунтовані сумніви стосовно наявності прав Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача або іншої особи на отримання страхової виплати;

13.8.2 Надані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини і обставини страхового випадку, розмір страхової виплати;

#### **14. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними 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 або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до законодавства України;

14.2. Вчинення Страхувальником/ЗО злочину, що призвів до настання страхового випадку;

14.3. Подання Страхувальником/ЗО свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

14.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ЗО про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.5. Не надання Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем в строк, зазначений в Договорі, документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків;

14.6. Отримання ЗО послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Розділі 7 цих Правил;

14.7. Одержання ЗО медичних послуг без погодження Страховика/Асистансу;

14.8. Невиконання Страхувальником/ЗО обов'язків, передбачених Договором;

14.9. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат;

#### **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.1.1. закінчення строку його дії;

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

15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому, Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

15.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним, що набрало законної сили;

15.1.7. з моменту виникнення обставин, що змінюють ступінь страхового ризику, якщо Сторонами не погоджено інше;

15.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України;

15.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити другу Сторону не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інше не передбачено Договором;

15.2.1. При достроковому припиненні Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов

Договору, крім порушення строків страхової виплати, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

15.2.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором;

15.3. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

15.4. У разі визнання Договору недійсним або неукладеним, кожна із Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане за цим Договором, якщо інше не передбачено законодавством України;

15.5. Договір може бути визнаним недійсним у судовому порядку з інших підстав;

15.6. Якщо умовами Договору передбачено сплату страхового платежу частинами, і Страхувальником не сплачено чергову частину страхового платежу у передбачений Договором строк або сплачено чергову частину страхового платежу не в повному розмірі, Договір припиняє свою дію о 24:00 годині останнього дня строку, визначеного для сплати чергової частини страхового платежу. При цьому, всі події, що мають ознаки страхового випадку, які відбулись після припинення дії Договору, не визнаються страховими, а збитки, пов'язані з їх настанням, Страховиком не відшкодовуються. Якщо Страхувальником сплачено прострочену частину страхового платежу в повному розмірі після припинення дії Договору, останній вважається поновленим на тих самих умовах з дати, наступної за датою надходження чергового страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика без зміни строку дії.

## **16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

16.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену цими Правилами, Договором та законодавством України;

16.2. Якщо інше не передбачено Договором, за не своєчасне здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику пеню у розмірі, передбаченому Договором, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період прострочення, від суми заборгованості за кожний день прострочення;

16.3. Всі спори та розбіжності, що виникають з Договору, та/або у зв'язку з ним та цими Правилами, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до законодавства України;

## **17. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

17.1. Правовідносини Сторін, пов'язані з добровільним медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я, регулюються законодавством України, цими Правилами, навіть якщо це не зазначено в Договорі;

17.2. В Договорі Сторонами можуть бути передбачені інші особливі умови;

## **1. ОПЦІЇ ТА ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ЗА ОПЦІЯМИ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ВКЛЮЧЕНІ ДО ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

**1.1 Амбулаторно – поліклінічна допомога** - це медична допомога, що надається в умовах, які не передбачають цілодобового медичного спостереження та лікування, в тому числі при виклику медичного працівника до місця проживання ЗО. Вона передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі) консервативне та оперативне лікування в умовах закладів амбулаторного типу: амбулаторії, поліклініки, медико-санітарні частини, диспансеру - кардіоревматологічного, онкологічного, дерматовенерологічного, консультативному центрі, медико-санітарній частині, станції «швидкої медичної допомоги». Амбулаторно-поліклінічна допомога включає:

- консультації терапевта та вузькопрофільних спеціалістів: оториноларингологу, офтальмологу, невропатологу, кардіологу, хірургу, урологу, гінекологу, мамологу, дерматологу, ендокринологу, гастроентерологу, травматологу, проктологу та інших;
- проведення лабораторних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показами: загальноклінічні аналізи, біохімічні показники крові, гематологічна і гормональна панель, бактеріологічні дослідження, інфекційна панель та інші;
- проведення інструментальних методів діагностики в амбулаторних умовах за медичними показами: ультразвукова діагностика (узд), ендоскопічні маніпуляції, рентгенологічні дослідження, інструментальні функціональні дослідження, КТ, МРТ та інші;
- Інші послуги, передбачені Програмою страхування.

**1.2 Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні\*** передбачає забезпечення ЗО медичними препаратами (офіційно зареєстрованими на Україні), які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах основного захворювання на умовах, затверджених Програмою страхування, протягом дії Договору.

\* - забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими програмами.

**1.3. Стационарна допомога (екстрена або екстрена та планова)** - це медична допомога, що надається в умовах, які передбачають цілодобовий медичний нагляд та лікування в умовах стаціонарів лікарняних установ охорони здоров'я. Вона передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування): :

- перебування ЗО в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності);
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
- забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
- харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;
- Інші послуги, передбачені Програмою страхування.

**1.4. Швидка та/або невідкладна медична допомога** передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі):

- Цілодобовий прийом викликів безпосередньо шляхом звернення ЗО до Асистансу/Страховика;
- Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги з ЛПУ, що найближче розташоване до місця настання страхового випадку, або яке зможе найшвидше надати бригаду для виїзду;
- Експрес-діагностика, проведення лабораторних тестів та встановлення первинного діагнозу;

Надання невідкладної допомоги ;

- Лікувальні маніпуляції (ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інша висококваліфікована медична допомога);
- Забезпечення медикаментами для надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі;
- Транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до ЛПУ з Переліку Страховика або до чергового (ургентного) відділення медичного закладу, найближчого до місця настання події, для проведення подальшого лікування;

**1.5. Стоматологічна допомога** передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі):

- Огляд і консультація лікаря – стоматолога;
- Діагностичні дослідження, в т.ч. рентгенологічні;
- Проведення анестезії;
- Зняття незнімних протезів для лікування зубів по швидкій допомозі;
- Видалення зубів та коренів за медичними показаннями;
- Невідкладна допомога при періоститі, періодонтиті, розкриття абсцесів, висічення слизового «капюшону»;
- Накладання тимчасової пломби;
- Розкриття запальних інфільтратів і пародонтальних абсцесів.

Програма “Стоматологічна допомога” забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими програмами.

**1.6. Профілактично-оздоровча програма** передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі):

- Курс профілактичного масажу;
- Відвідування фітнес-центру (басейн, сауна, тренажерний зал, йога тощо);
- Профілактичний медичний огляд;
- Вакцинацію від грипу;
- Вітамінопрофілактику.

**1.7. Додаткові послуги за опціями**

До Договору може бути включено весь перелік додаткових медичних послуг за Опціями або частково.

<b>БАЗОВІ ОПЦІЇ</b>	
Амбулаторно-поліклінічна допомога	<ul style="list-style-type: none"><li>• Застосування консультативних послуг лікарів вищої категорії, кандидатів і докторів наук;</li><li>• Фізіотерапевтичне лікування основного захворювання: світлолікування, грязелікування, електролікування.</li><li>• Виклик лікаря до дому;</li><li>• Виклик лікаря до офісу;</li><li>• Діагностика та профілактика зору;</li><li>• Проведення поглибленого комплексного обстеження з метою виявлення захворювань на ранній стадії;</li><li>• Супроводження Договору довіреним лікарем Асистуючої компанії;</li><li>• Надання лікарняних листків.</li></ul> та інші
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному обслуговуванні	<ul style="list-style-type: none"><li>• Вітамінізація або забезпечення імуномодуляторами;</li><li>• Проведення вакцинації у перед епідемічний період;</li><li>• Гомеопатичне лікування;</li><li>• Пробиотики при антибіотикотерапії;</li><li>• Гормональні медичні препарати;</li><li>• Лікувальні косметичні засоби за приписом дерматолога: зіненріт, нізорал, дермазол, фрідем тощо;</li><li>• Краплі для зволоження очей, препарати "чорниця-форте";</li><li>• Фітопрепарати;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ферментні препарати для лікування шлунково-кишкового тракту: фестал, холензім, мезим, мезим-форте тощо;</li> <li>• Хондропротектори (алфултоп, дона і т.п.) При лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань опірно-рухового апарату;</li> <li>• Гепатопротектори (карсил, есенціале, гепабене тощо);</li> <li>• Статини (коректори ліпідного обміну);</li> <li>• Засоби медичного призначення: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «скотчкаст», ортези.</li> <li>• снодійними та заспокійливими засобами, що відпускаються без рецепту;</li> </ul> <p>та інші</p>
Стационарна допомога	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Планова госпіталізація;</li> <li>• Розташування в 1-2-місних палатах підвищеного рівня комфортності;</li> <li>• Розташування в палатах з найвищим рівнем сервісу (люкс);</li> <li>• Стационар на дому;</li> <li>• Послуги приватної наглядальниці (при необхідності);</li> <li>• Організація індивідуального харчування в умовах стационару</li> </ul> <p>та інші</p>
Додаткові опції	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стоматологічна допомога</li> <li>• Санаторно-курортне лікування</li> <li>• Оздоровчі заходи (відвідування басейну, тренажерної зали і т.і.)</li> <li>• Професійний огляд;</li> <li>• Лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стационару;</li> <li>• Проведення імунограми</li> <li>• Вагітність</li> <li>• Пологи</li> <li>• Патронаж дитини до 1 року</li> <li>• Лікування за кордоном</li> <li>• Експрес - аптечка</li> <li>• Профілактика ГРИПУ та ГРВІ (один раз на рік)</li> <li>• Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) – до 5 збудників</li> <li>• Діагностика та лікування грибкових уражень</li> <li>• Лікування туберкульозу</li> <li>• Лікування онкологічних захворювань</li> <li>• Лікування цукрового діабету</li> <li>• Міжнародний поліс** з максимальним строком перебування за кордоном ____ днів</li> <li>• Відновлювально-реабілітаційне лікування</li> <li>• Внутрішньофірмова аптечка (офіс)</li> <li>• Медичний огляд (державні ЛПЗ) за бажанням ЗО</li> <li>• Медичний скринінг</li> <li>• Плановий візит лікаря до офісу (один раз на місяць)</li> <li>• Діагностика та лікування гепатитів „В”, „С</li> <li>• Дерматокосметологія</li> <li>• Лікування станів та захворювань, що є виключенням із страхових випадків (для колективу корпоративний ліміт* _____ грн.)</li> <li>• Жіноче здоров'я (розширена гінекологія/урологія)</li> <li>• Профілактика комп'ютерного синдрому</li> <li>• Лікування хронічних захворювань в стадії ремісії</li> <li>• Страхування працюючих членів сім'ї ( в т. ч. школярів, студентів) на</li> </ul>

	<p>даних умовах від 18 до 60 років</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Діагностика та лікування доброякісних новоутворень (ліміт _____)</li> <li>• Діагностика та лікування алергічних захворювань та інші</li> </ul>
--	--

## 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ

### 2.1. Базові річні страхові тарифи.

Таблиця 1

Опція	Страховий тариф на рік, %
Амбулаторно – Поліклінічна допомога	2,10
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	1,0
Стаціонарна допомога	1,8
Швидка медична допомога	1,20
Стоматологічна допомога	5,0
Профілактично-оздоровча програма	1,3

Примітки:

1. Договір з програмою «Невідкладна та планова стоматологія» без встановлення ліміту (безлімітна) може бути укладений лише з франшизою.
2. Ліміт програми «Невідкладна та планова стоматологія» не може становити більше 30% базового страхового платежу.

2.2. В залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору, застосовуються коефіцієнти:

Таблиця 2

Корегуючі коефіцієнти в залежності від фактору ризику	Діапазон значень
<b>К 1</b> - Вік ЗО	згідно таблиці 2.2
<b>К 2</b> - Вид діяльності ЗО	0,8 – 2,5
<b>К 3</b> - Місце проживання ЗО	0,8 – 2
<b>К 4</b> - Умови проживання ЗО	1 – 2
<b>К 5</b> - Стан здоров'я ЗО	0,5 – 5
<b>К 6</b> - Розмір франшизи	0,5 – 1
<b>К 7</b> - Порядок оплати страхового платежу	згідно таблиці 2.3
<b>К 8</b> - Розмір страхової суми	1 – 3
<b>К 9</b> - Кількість ЗО при страхуванні групи осіб	згідно таблиці 2.1
<b>К 10</b> - Територія дії Договору	0,5 – 2

### Коефіцієнт $K_9$ , що залежить від кількості ЗО

При страхуванні працівників підприємств, до розрахованого розміру страхового платежу може бути застосований понижуючий коефіцієнт –  $K_9$ , розмір якого наведений у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Кількість ЗО	Понижуючий коефіцієнт ( $K_9$ )
5-10	1,00
11–39	0,95
40–99	0,90
100–149	0,885
150–249	0,875
250–499	0,85
500–999	0,80
більше 1 000	0,75

Таблиця 2.2

### Коригуючий коефіцієнт $K_1$ , що залежить від віку ЗО\*



Вік ЗО	Коефіцієнт $K_1$
7 днів – до 1 року	1,3
1-3	1,2
4-17	1,05
18-60	1,00
61-65	1,2
66-70	1,3
старше 70	Відмова в страхуванні, або індивідуальні умови страхування

\*Якщо умовами Договору передбачено наявність програм для дітей – для розрахунку страхового платежу застосовується коригуючий коефіцієнт до базової програми в залежності від віку дитини та у разі наявності спеціалізованих програм - враховується відповідна доплата.

### Коригуючий коефіцієнт $K_7$ , що залежить від порядку оплати страхового платежу

Якщо умовами Договору передбачено сплату страхового платежу частинами, то застосовується коригуючий коефіцієнт  $K_7$  до страхового платежу, наведений в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Умови сплати страхового платежу	Коефіцієнт $K_7$
Сплата одноразово	0,95
Сплата двома частинами	0,97
Сплата чотирма частинами	0,985
Сплата щомісяця	1,00

За узгодженням Страховика і Страхувальника можливе збільшення базового страхового тарифу при включенні в програми страхування додаткових послуг або зменшення базового страхового тарифу при виключенні певних послуг із програми. При цьому застосовується коригуючий коефіцієнт від 0,4 до 20.

2.3. У випадку, якщо Договір укладається на строк, менший одного року, застосовуються наступні коефіцієнти:

Таблиця 3

**Таблиця коефіцієнтів дії Договору страхування**  
(при розрахунку неповний місяць дії Договору рахується за повний)

Кількість місяців дії Договору щодо окремої ЗО, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт (К)	0,35	0,48	0,6	0,68	0,75	0,81	0,86	0,9	0,94	0,96	0,98

### 3. Нормативні витрати на ведення справи.

Нормативні витрати на ведення справи за Договором добровільного медичного страхування встановлено в розмірі 60% від отриманого страхового платежу.

	<b>Додаткові програми</b>	<b>Платіж (USD / рік)</b>
1.	Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні розширене	10
2.	Експрес - аптечка	5
3.	Профілактика комп'ютерного синдрому	5
4.	Профілактика ГРИПУ та ГРВІ (один раз на рік)	5
5.	Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) – до 5 збудників	20
6.	Діагностика та лікування грибкових уражень (ліміт 500 грн)	20
7.	Лікування туберкульозу (для колективу більше 100 осіб - корпоративний ліміт* - 10000,00 грн.)	5
8.	Лікування онкологічних захворювань (для колективу більше 100 осіб - корпоративний ліміт* 10000,00 грн.)	5
9.	Лікування цукрового діабету (для колективу більше 100 осіб - корпоративний ліміт* 10000,00 грн.)	5
10.	Патронаж вагітних (для колективу більше 100 осіб – корпоративний ліміт* 2 випадки)	
	- клас страхування Еліт	30
11.	Пологи (для колективу більше 100 осіб – корпоративний ліміт* 2 випадки)	40
12.	Міжнародний поліс** з максимальним строком перебування за кордоном 30 днів	5
13.	Відновлювально-реабілітаційне лікування (для колективу більше 100 осіб – корпоративний ліміт* 10 000,00 грн.)	10
14.	Внутрішньофірменна аптечка (офіс)	3 (за умови щоквартального поповнення) 5 (за умови поповнення за заявкою) 2 (одноразово, без поповнення)
15.	Медичний огляд (державні ЛПЗ)	15
16.	Професійний огляд;	25
17.	Медичний скринінг	50% ліміта
18.	Діагностика та лікування доброякісних новоутворень (ліміт _____)	5
19.	Патронаж дітей до 1 року (для колективу більше 20 осіб)	60
20.	Діагностика та лікування алергічних захворювань та інші	5
21.	Плановий візит лікаря до офісу (один раз на місяць)	5
22.	Діагностика та лікування гепатитів „В”, „С” (для колективу більше 100 осіб - корпоративний ліміт 20 000,00 грн.)	20
23.	Дерматокосметологія (ліміт 500 грн)	50% ліміту
24.	Лікування хронічних захворювань в стадії ремісії (для колективу більше 100 - корпоративний ліміт* _____ грн.)	15
25.	Лікування станів та захворювань, що є виключенням із страхових випадків (для колективу корпоративний ліміт* _____ грн.)	15
26.	Лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;	500 грн
27.	Жіноче здоров'я (розширена гінекологія/урологія)	50% ліміту
28.	Оздоровчі заходи (відвідування басейну, тренажерної зали і т.і.)	50% ліміту

ТДВ «СК «ГАРДІАН»

Прошито, пронумеровано та  
окріплено печаткою

кількість 18 арк.

Від Генерального

Директора О.П. Коріненка



Планик (USD / грн)	Додатковий опис
10	Модельні листки з зображеннями для використання в колекції
5	Експозиційні листки
5	Профільні листки з зображеннями
20	Додатковий опис, що додається до колекції
20	Листки з зображеннями (ліміт 500 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 100 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 10000 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
30	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
40	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
10	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
3 (за умови показу в експозиції)	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
2 (за умови показу в експозиції)	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
2 (за умови показу в експозиції)	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
18	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
25	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
50% ліміт	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
80	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
5	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
20	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
50% ліміт	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
18	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
18	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
200 грн	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
50% ліміт	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)
50% ліміт	Листки з зображеннями (ліміт 100000 грн)