

Оферта №3 від 04.06.2020
щодо укладення Договору добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) фізичних осіб

Ця Оферта містить "Пропозицію і порядок укладення в електронній формі" Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) фізичних осіб, надалі – **Договір**, та запропоновані Приватним акціонерним товариством "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ГЛОБАЛ ГАРАНТ" (далі – Страховик, ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ") "Загальні умови страхування", що становлять Частину Б Договору (у разі укладення останнього), надалі – **Загальні умови**.

Ця Оферта стосується укладення Договору в електронній формі. Пропозиція Оферти діє з 04.06.2020. У разі прийняття Страхувальником Оферти, страхування здійснюється у відповідності до Частини Б Договору, що є невід'ємною складовою даної Оферти.

1. Пропозиція і Порядок укладення Договору в електронній формі

1.1. Клієнт (потенційний Страхувальник), під час заповнення електронної форми Заявки, отриманої на сайті Страховика globalgarant.com.ua, або за допомогою "хмарного" інтернет-сервісу EWA надає Страховику інформацію, необхідну для ідентифікації Страхувальника, розрахунку розміру страхового платежу та формування Частини А Договору "Спеціальні умови страхування", далі – **Спеціальні умови**. Заповнена у такий спосіб Заявка, за умови її належного оформлення, прирівнюється до письмової заяви Клієнта (потенційного Страхувальника) щодо укладення Договору.

1.2. На підставі заповненої Заявки, Страховик здійснює розрахунок страхового платежу та формує файл "Спеціальні умови" – Частину А Договору, який пропонується Клієнту (потенційному Страхувальнику), шляхом відсилки відповідного файлу на електронну адресу Клієнта, вказану у Заявці.

1.3. Безумовним прийняттям (акцептом) Клієнтом умов Оферти і згодою укласти Договір є надання Страховику відповіді Клієнта про прийняття Оферти і підписання Договору - шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором **ОТР (One Time Password)**- алфавітно-цифровою послідовністю, яку отримує Клієнт за допомогою SMS (Viber)- повідомлення на номер мобільного телефону, що вказується ним під час заповнення особистих даних у файлі Заявки.

1.4. Проставленням електронного підпису одноразовим ідентифікатором, вказаним у п.1.3 цього розділу Оферти, Клієнт (Страхувальник) підтверджує, що він:

1.4.1. до моменту укладання Договору ознайомлений зі змістом частини 2 статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", який розміщено на сайті Страховика;

1.4.2. розуміє суть фінансових послуг, які надаються Страховиком у рамках Договору;

1.4.3. надає згоду Страховику на обробку його персональних даних, в тому числі: таких, що стосуються стану здоров'я, та передачу персональних даних контрагентам, в тому числі нерезидентам, з метою виконання умов Договору;

1.4.4. ознайомлений та згодний з умовами страхування, викладеними у Частинах А і Б Договору;

1.4.5. ознайомлений із оригіналом підпису уповноваженої особи та печаткою Страховика, що вказані у п.п.1.9 цього розділу Оферти, та свідомо надав згоду на підписання Договору зі свого боку шляхом поставлення електронного підпису одноразовим ідентифікатором;

1.4.6. надає згоду на отримання Договору в електронній формі та інших комерційних електронних повідомлень Страховика на його особисту електронну пошту, вказану у Заявці при внесенні особистої інформації;

1.4.7. надає згоду на сплату страхового платежу на умовах, передбачених Договором.

1.5. Після здійснення акцепту Оферти:

1.5.1. Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує на електронну адресу, вказану при заповненні Заявки, повідомлення Страховика про підтвердження укладення Договору в електронній формі, шляхом надсилання електронного документа – візуальної форми Частини А Договору.

1.5.2. Страхувальник здійснює оплату суми страхового платежу, вказаного у Частині А "Спеціальні умови" Договору, у безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

1.6. Виконання зазначених дій є укладенням Договору в електронній формі, яка, відповідно до пункту 12 статті 11 Закону України "Про електронну комерцію" прирівнюється до письмової форми Договору.

1.7. Договір є підписаним з боку Страховика, згідно зі ст. 12 Закону України "Про електронну комерцію", за наявності:

- на візуальній формі Частини 1 Договору - відповідного QR- коду;

- в Оферті - аналога власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика.

1.8. Сторони Договору приймають на себе зобов'язання відтворити Договір на паперовому носії, у разі виникнення такої необхідності. На письмову вимогу однієї зі Сторін про укладення Договору у письмовій формі, такий Договір виготовляється протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання відповідної ви-

моги та підлягає підписанню і проставленню печатки (за наявності) кожною з Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати його виготовлення. Якщо одна зі Сторін відмовляється підписувати Договір, такий спір підлягає розгляду у судовому порядку, згідно з чинним законодавством України.

1.9. Зразок відтворення підпису уповноваженої особи Страховика та відтиску печатки Страховика наведено нижче:

**Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"**



І.В. Бонковська

1.10. Дата, час, порядок акцепту Оферти, повідомлення про підтвердження укладення Договору в електронній формі та здійснення оплати, обмін електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору в письмовій формі зберігаються в електронній базі Страховика.

1.11. Внесення змін до Договору, а також його дострокове припинення здійснюється на підставі заяви Сторони, поданої іншій Стороні у письмовому чи у електронному вигляді, шляхом направлення на її електронну адресу.

ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ",
01103, м.Київ, бульвар Дружби Народів, 28-В,
Тел. (044) 357-70-80,
електронна адреса: office@globalgarant.com.ua

2. Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) фізичних осіб.

ЧАСТИНА Б. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

1.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи (ЗО), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою ЗО.

1.2. За цим Договором, Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови цього Договору.

2. ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

2.1. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – планова медична допомога, що надається хворій ЗО, коли та не перебуває у стаціонарі під час лікування.

2.2. **Асистанс (Асистуюча компанія)** – юридична особа, з якою Страховик має договірні відносини щодо обслуговування Договорів медичного страхування в частині організації та фінансування медичних послуг у обсязі Програм страхування. Асистанс організовує та оплачує медичні послуги від імені та за рахунок Страховика.

2.3. **Базові медичні заклади (БМЗ)** – це Медичні заклади з переліку Медичних баз Страховика, визначені для діагностики та лікування ЗО, згідно з категорією Медичних баз за Програмою страхування, обраною для ЗО. БМЗ мають пріоритет при направленні ЗО за отриманням Медичних послуг, передбачених Договором для цієї ЗО. Обслуговування у інших закладах відбувається при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у БМЗ, або за направленням лікаря Базового медичного закладу. Актуальний перелік БМЗ розміщено на сайті Страховика globalgarant.com.ua.

2.4. **Виклик лікаря додому** – виїзд Застрахованою особою терапевта/ педіатра/ сімейного лікаря додому або на місце роботи (за медичними показами) з відповідної категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування, для надання ЗО амбулаторно-поліклінічної допомоги, за наявності наступних медичних показань: підвищення температури вище 38,0°C, а також будь-якого підвищення температури більше 37,4°C під час оголошеної епідемії грипу; стани та захворювання, що супроводжуються блювотою, діареєю, іншими ознаками харчового отруєння або інфекційного захворювання; підвищення або зниження тиску більш ніж на 30 мм. рт. ст. порівняно із звичайним для Застрахованої особи. Звернення ЗО на виклик лікаря додому (в офіс), отримане Асистансом направляється до асистансу до 14-00. У разі звернення ЗО після 14-00, лікар має право відвідати пацієнта на наступний день.

2.5. **Витрати на ведення справи** – витрати Страховика на укладення та обслуговування Договору.

2.6. **Вперше виявлене захворювання (Первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя ЗО не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися для цієї ЗО.

2.7. **Гостре захворювання** – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами (наприклад, гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ)).

2.8. **Денний стаціонар** – вид медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров'я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.

2.9. **Декомпенсація (некомпенсовані форми захворювання)** – порушення діяльності тканин(и) організму, органу та/або системи органів, як наслідок порушення діяльності всього організму людини в цілому, за рахунок порушень механізмів Компенсації. Стан Декомпенсації проявляється вираженими клінічними проявами захворювання (Критичними станами).

2.10. **Заклад охорони здоров'я** – 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.

2.11. **Застрахована особа (ЗО)** – це фізична особа, на користь якої укладений Договір.

2.12. **Картка Застрахованих осіб (Картка ЗО)** – інформаційний файл, що надається Страховиком при страхуванні за Програмою добровільного медичного страхування. Картка ЗО містить, зокрема, такі дані: П.І.Б. Застрахованих осіб і індивідуальний номер за Карткою ЗО (для кожної із ЗО), контактний телефон Асистанса, реквізити та контакти Страховика. Обслуговування ЗО Асистансом здійснюється за умови ідентифікації ЗО за її індивідуальним номером за Карткою ЗО.

2.13. **Компетентні органи:**

2.13.1. державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку;

2.13.2. юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що випливають із Договору.

ПРИМІТКА. Компетентними органами, зокрема вважаються: правоохоронні органи, медичні установи, суди тощо.

2.14. **Компенсація** – стан повного або часткового заміщення функцій пошкоджених систем, органів та тканин організму людини за рахунок компенсаторних процесів (інших органів і систем організму людини).

2.15. **Критичний медичний стан** – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєвоважливих функцій організму людини (в першу чергу, дихальної та серцевої діяльності організму).

2.16. **Ліміт страхових виплат (Ліміт)** – максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений, в рамках цього Договору, за окремими Програмами страхування (видами медичних послуг) для конкретної Застрахованої особи.

2.17. **Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони тощо), що призначені за рецептом лікаря або використувувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/ операцій. Надання рецептів медичними закладами здійснюється згідно з Правилами, затвердженими наказом МОЗ України №360 від 19.07.2005 року, з урахуванням міжнародної непатентованої назви препарату (діючої речовини).

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

2.18.1. **Екстрена медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у Невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

2.18.2. **Невідкладна стаціонарна медична допомога** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю. Така госпіталізація проводиться при станах, що загрожують життю ЗО та потребують термінового надання медичної допомоги в умовах стаціонару протягом перших 24 годин з моменту виникнення Невідкладного стану людини, про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається "Госпіталізований за терміновими показаннями".

2.19. **Медична послуга (послуга з медичного обслуговування населення)** – послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та **оплачується її замовником**.

2.20. **Медичні бази (медичні заклади, аптеки)** – заклади охорони здоров'я, що мають відповідну ліцензію, із якими Стра-

ховиком або Асистансом укладена угода щодо надання Медичних послуг Застрахованій особі. Перелік Медичних баз (медичних закладів, аптек) розміщується на офіційному сайті Страховика globalgarant.com.ua.

2.21. Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

2.22. Нещасний випадок - це раптова короточасна подія, незалежна від волі Страхувальника (Застрахованої особи), що фактично відбулась внаслідок дії зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо), характер, час та місце впливу яких можливо однозначно визначити, та які спричинили Розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть.

2.23. Планова медична допомога - комплекс медичних послуг, які надаються Застрахованій особі за умов, коли немає безпосередньої загрози життю і здоров'ю, але необхідні певні дії щодо поліпшення стану здоров'я Застрахованої особи.

2.24. Подія, що має ознаки Страхового випадку (Подія) - це подія, визначення якої відповідає визначенню Страхового ризику за цими Правилами, що фактично настала, та з настанням якої на певних осіб, визначених Договором, згідно з умовами такого Договору і даних Правил, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така Подія може бути як визнана, так і не визнана у якості Страхового випадку.

2.25. Провідний фахівець - це лікар, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення "Провідний фахівець", в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного ЛПУ, включає, але не обмежується: консультації професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо.

2.26. Програма медичного страхування (Програма страхування) - перелік Медичних послуг певного обсягу та якості, передбачених Договором, що надаються щодо конкретної Застрахованої особи, згідно з Додатком 1 до Договору.

2.27. Професійні захворювання (Професійна патологія) - це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Перелік професійних захворювань зазначено у Постанові Кабінету Міністрів України №1662 від 8 листопада 2000 р. Діагностика та встановлення первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами чинного законодавства України.

2.28. Профілактичний огляд - це комплекс медичних заходів (огляд лікарів, лабораторно - діагностичні дослідження та інше), з метою виявлення первинного захворювання та/або виявлення та запобігання розвитку захворювань, які протікають у людини в прихованій формі.

2.29. Зняття больового синдрому - в рамках цього Договору, це зняття болю, що надається в обсязі забезпечення препаратами із знеболювальною дією (нестероїдні засоби) протягом 5 (п'яти) днів на один випадок.

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

2.31. Розрахункові медичні заклади - це медичні заклади, згідно з вартістю послуг в яких проводиться розрахунок розміру страхових виплат Застрахованим особам, які самостійно оплатили та отримали Медичні послуги поза БМЗ. Найменування Розрахункових медичних закладів, у відповідності до певних категорій, наведені у Переліку медичних закладів, розміщеному на сайті Страховика www.globalgarant.com.ua.

2.32. Страховий акт - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані ЗО Медичні послуги.

2.33. Страховий випадок - подія, передбачена Договором, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.34. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні Страхового випадку.

2.35. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхи

вальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

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

2.37. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

2.38. Страховий тариф - ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.39. Телемедичне консультування - це медичні консультації, що здійснюються за використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі.

2.40. Хронічне захворювання - тривале захворювання, яке супроводжує людину протягом її життя. Характеризується повільними прогресуючими негативними змінами в організмі людини. Як правило, характеризуються циклічними протіканнями з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/ або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим ризиком є вірогідне настання, під час дії Договору, Розладу здоров'я Застрахованої особи, пов'язаного з Гострим захворюванням, Загостренням хронічного захворювання або травмою ЗО внаслідок Нещасного випадку, що зумовлює потребу у наданні цій особі Медичних послуг.

3.2. Страховим випадком є мотивоване звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Страховика, Асистансу або Медичного закладу, передбаченого Договором, з метою одержання Застрахованою особою Медичних послуг, пов'язаних з наданням Медичної (медико-санітарної допомоги), у межах Програми страхування, передбаченої згідно Додатку 1 до Договору.

4. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. Застрахованими особами не можуть бути:

4.1.1. особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;

4.1.2. особи, які мають статус інваліда I або II групи та особи з інвалідністю з дитинства;

4.1.3. хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (порушення мозкового кровообігу, доброякісні пухлини головного та спинного мозку, епілепсію, хворобу Паркінсона, шизофренію);

4.1.4. ВІЛ - інфіковані та/ або хворі на СНІД;

4.1.5. особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та (або) шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

4.1.6. особи, що страждають або страждали такими захворюваннями: ревматизм, вади серця; хронічна недостатність кровообігу, починаючи зі стадії ІІВ та вище; гепатит В або С, цироз печінки; інсулінозалежний цукровий діабет; гломеруло-нефрит, хронічна ниркова недостатність II ступеня та вище; енцефаліт, розсіяний склероз; хвороба Бехтерева, склеродермія, системний червоний вовчак; злаякісні новоутворення будь-якої локалізації, в т.ч. злаякісні хвороби крові; мають трансплантовані органи (окрім зубів, волосся та шкіри);

4.1.7. особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);

4.1.8. вагітні жінки.

4.2. Страховик не сплачує (не відшкодовує) вартість:

4.2.1. Медичних послуг, які не передбачені цим Договором та Програмою страхування ЗО;

4.2.2. Медичних послуг, наданих ЗО поза межами місця дії Договору;

4.2.3. Медичних послуг, наданих у зв'язку з необхідністю отримання дозволу ЗО на право керування автомобілем, на право використання зброї та отримання інших довідок (відвідування басейну, вступу до учбових/ дитячих закладів тощо), не пов'язаних із лікувальним процесом. Також не оплачуються вартість тестів на професійну придатність, диспансерного обстеження, спостереження; планових (профілактичних) обстежень, оглядів тощо, якщо немає ніякого погіршення здоров'я ЗО;

4.2.4. перебування в стаціонарі для отримання ЗО пікуваль-

ного догляду, ступеня інвалідності, проходження МСЕК;

4.2.5. експериментального лікування; лікувальних процедур, маніпуляцій тощо, в т.ч. з метою профілактики захворювань (вакцинація, імунізація, вітамінізація, промивання лакун мигдаликів, плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмафільтрація, ударно-хвильова терапія, УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія; процедури з використанням лазерних технологій);

4.2.6. отримання послуг, препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування у стаціонарі чи амбулаторного лікування амбулаторно, що не були письмово рекомендовані Медичними закладами, посвідчені лікарями БМЗ та/або Асистансом (тобто, є самолікуванням ЗО);

4.2.7. лікування травм, отриманих ЗО внаслідок керування транспортними засобами в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, а також внаслідок передачі керування транспортним засобом особі, яка перебувала в стані такого сп'яніння чи під впливом таких лікарських препаратів, або передачі керування транспортним засобом особі, що не має відповідного права управління транспортним засобом; травм, отриманих ЗО внаслідок настання дорожньо-транспортної пригоди, за умови свідомого знаходження ЗО в транспортному засобі з водієм, який знаходився у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції. *Вказане виключення не поширюється на випадки, коли ЗО була пасажиром засобу громадського транспорту.*

4.2.8. косметичних, пластичних та реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, венектомія), 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; діагностичні гістеро- та лапароскопії, окрім станів, що загрожують життю;

4.2.9. придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів;

4.2.10. медичної допомоги, необхідність надання якої настала в зв'язку із самогубством ЗО чи її спробою самогубства, навмисного спричинення ЗО собі тілесних ушкоджень;

4.2.11. планової діагностики та лікування ЗО у Медичних закладах, не погоджених з Асистансом, крім випадків, вказаних у Розділі 6 цієї Частини Договору.

4.3. Страховик не оплачує витрат на діагностику (окрім першої консультації) та лікування захворювань (окрім станів, що загрожують життю ЗО):

4.3.1. особливо небезпечних інфекцій (віспа, чума, холера, сибірська виразка, COVID-19 та інші) або інфекцій, з приводу якої урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемічний стан, карантинні заходи або інші обмеження;

4.3.2. доброякісних новоутворень, окрім випадків первинної діагностики, також видалення бородавочок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом тощо) за винятком ускладнених випадків, що загрожують життю людини (травмування, кровотечі тощо)

4.3.3. алергічних захворювань (алергічний риніт, алергічний дерматит, алергічний кон'юнктивіт тощо), окрім випадків станів Декомпенсації, що загрожують життю (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів тощо);

4.4. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології (причинно-наслідкового зв'язку певної хвороби з іншими захворюваннями), патогенезу (механізму зародження і розвитку хвороби і окремих її проявів), стадії та методу лікування та лікування (окрім послуг Екстреної медичної допомоги) наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

4.4.1. Безпліддя, регулювання народжуваності, штучне запліднення, контрацепція (встановлення внутрішньо-маткової спіралі, операція стерилізації тощо), операції по зміні статі, визначення гормонів репродуктивної панелі, а також діагностика та лікування: дисгормональних станів (у т.ч. аденоми простати, ендометріозу, фіброміоми, мастопатії), фонових та

передпухлинних захворювань шийки матки, гіперпролактинемії, звичного невиношування вагітності, порушень сексуальної та репродуктивної функції, імпотенції, простатиту; генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів;

4.4.2. лікування інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та пов'язаних з ним захворювань, включаючи синдром набутого імунодефіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення, будь яких інших імунодефіцитних станів;

4.4.3. лікування алкоголізму, наркотичної залежності, токсикоманії або іншого стану залежності будь-якого виду, а також лікування будь-яких захворювань чи травм, що безпосередньо чи опосередковано спричинені станом такої залежності, вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або які прямо чи опосередковано є наслідком алкогольного чи наркотичного сп'яніння;

4.4.4. медичної допомоги, наданої у зв'язку із психічними захворюваннями, розладами та їх ускладненнями, психопатії, неврозів, астено - депресивних та астено-невротичних станів, синдрому хронічної втоми, епілепсії, порушень мови, мігрені, міастенії, міотонії, межових розладів, ВСД, НЦД (крім зняття кризи);

4.4.5. різних травм та соматичних захворювань, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

4.4.6. проведення косметичних операцій (в тому числі і стоматологічних) та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, курсів лікування з приводу ожиріння чи надмірної ваги;

4.4.7. проведення пластичних операцій, оперативних втручань, пов'язаних з пересадкою органів і тканин ЗО (окрім пересадки тканин, як етапу лікування травматичного ушкодження);

4.4.8. медичних послуг, пов'язаних з проведенням донорських операцій, а також наслідків цих операцій;

4.4.9. протезування (кінцівок, очей, зубів, клапанів серця і суглобів тощо);

4.4.10. підбору та використання милиць, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, інвалідних колясок;

4.4.11. лікування в профілакторіях та санаторіях; реабілітації,

4.4.12. лікування будь-яких вроджених вад, дефектів (аномалій) та спадкових захворювань (в тому числі з порушенням хромосомного набору); лікування дефектів мовлення;

4.4.13. діагностика та лікування клімаксу та синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, окрім випадків, що загрожують життю ЗО;

4.4.14. консультації, діагностики та лікування інвазивних хвороб шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.) та інших органів;

4.4.15. ревматизму, саркоїдозу та муковісцидозу, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;

4.4.16. системних захворювань з'єднувальної тканини (ДООА, ревматоїдний артрит, подагра, системний червоний вовчак тощо) та їх наслідків; остеопорозу, остеопенія;

4.4.17. будь-яких дегенеративно-дистрофічних захворювань та їх ускладнень (у т.ч. хребцевої кили, спондилоартрозу, спондилолітезу, остеохондрозу, дорсопатій, протрузії, артрозу), аутоімунних та демієлінізуючих захворювань;

4.4.18. хвороби шкіри (у т.ч. псоріазу, нейродерміту, екземи, atopічного дерматиту, вугрової хвороби, мозолів, бородавочок, папілом, aloпеції, контагіозного молюску, демодекозу та паразитарних хвороб шкіри),

4.4.19. мікозів глибоких та поверхневих (шкіри, нігтів), окрім випадків первинної діагностики;

4.4.20. Страховик не оплачує вартість стимуляторів загальної дії, біологічно-активних добавок (БАД) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії, простагландинів, хондропротекторів, гепатопротекторів, сольових розчинів, ферментів, пробіотиків, еубіотиків, пребіотиків, імуномодуляторів, бактеріофагів, препаратів урсодезоксихолевої к-ти (урсофальк тощо), агоністів та антагоністів гонадотропін-релізінг гормонів, матеріалів для алло - і ксенопластики, дезинфікуючих засобів, предметів гігієни та догляду, шампунів, кремів, паст тощо;

4.4.21. корекції зору, у тому числі при комп'ютерному синдромі, глаукомі, міопії, апаратного лікування косоокості. Використання лазерних технологій лікування, в т.ч. профілактична лазерна коагуляція сітківки ока.

4.4.22. Діагностики та лікування функціональних розладів, а також синдромів та їх ускладнень у т.ч. дистоній, соматоформних розладів, періодів адаптації організму, дискінезій жовчовивідних шляхів, функціонального закреплення, синдрому подразненого кишківника, диспанкреатизму, дисбіозу, дисбактеріозу; порушення обміну речовин, в т.ч. непереносимість лактози, глютену;

4.4.23. Діагностика та лікування аденоїдних вегетацій, тонзилекомії, порушень сну, полісомнографія.

4.5. Страховик не сплачує вартість таких медичних послуг (витрат на діагностику, лікування, медичні препарати):

4.5.1. Операцій на коронарних судинах (у т.ч. стентування, шунтування);

4.5.2. Діагностика та лікування захворювань, які забезпечуються за державними програмами, у т.ч.: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення тощо), крім випадків лікування гострих станів Декомпенсації цих захворювань (у т.ч. діабетична кома, набряк легенів), лікарські засоби з державної програми "Доступні ліки" та послуги за "Програмою медичних гарантій (згідно Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення");

4.5.3. Будь-яких операцій чи лікування, що незавершені чи очікуються до початку набрання чинності цього Договору, а також операції, які встановлені в плановому порядку (планові операції);

4.5.4. Лікування захворювань, у т.ч. травм, набутих в результаті професійних занять спортом (під час тренувань, змагань), або занять екстремальними видами спорту на аматорському рівні (катання на гірських лижах тощо);

4.5.5. Будь-яких оглядів, лікування та профілактичних заходів, що пов'язані з вагітністю, пологами чи народженням дитини; забезпечення тестами на виявлення вагітності;

4.5.6. Альтернативної, народної медицини (голкорексфлексотерапія, мануальної терапії, остеопатії, метамерні методи лікування, гіпнозу психотерапії, іридодіагностики, біокорекції, рефлексотерапії, гірудотерапії тощо), гомеопатичного та фітотерапевтичного лікування;

4.5.7. Оздоровчих процедур (відвідування басейну, масаж тощо т.д.), фізіопроцедур (ЛФК, електрофорез тощо);

4.5.8. Злоякісних новоутворень (в т.ч. раку) незалежно від їх місцезнаходження окрім випадків первинної діагностики), також онкологічних захворювань крові;

4.5.9. Діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань (інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом), відповідно до класифікації ВОЗ, таких як гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, герпес вірусу 2 типу, папіломовірусу, кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів;

4.5.10. Діагностика та лікування ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес вірус, вірус Епштейн- Барра) та Професійних захворювань, визначених згідно з чинним законодавством України;

4.5.11. Діагностика та лікування гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс – гепатитів, цирозу печінки, гепатозу;

4.5.12. Гіпертонічна хвороба, (окрім надання першої допомоги антигіпертензивними медикаментами та/або госпіталізації до 3 (трьох) діб при ускладненому гіперкризі)

4.5.13. Медичне транспортування ЗО з інших міст України до Києва або до спеціалізованого медичного закладу в межах України, окрім випадків необхідності надання Екстреної медичної допомоги. При цьому медичне транспортування здійснюється до найближчого медичного закладу, з яким Страховик/ Асистансом укладено договір про співпрацю, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови;

4.5.14. Консультацій психолога, гомеопата, імунолога, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика;

4.5.15. Препарати які заважають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів;

4.5.16. Лікарські засоби, що впливають на метаболічні проце-

си (з ноотропною, антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровоток, препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини, актовегін, церебролізин, тівортин тощо);

4.5.17. Препарати-інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, гіполіпідемічні препарати;

4.5.18. Антитромботичні, антиагрегантні засоби для систематичного чи профілактичного застосування в амбулаторних умовах, оральні антикоагулянти (Прадакса, Ксарелто тощо);

4.5.19. Лікування препаратами-аналогами гонадотропінрилізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо);

4.5.20. Психотропні, снодійні та заспокійливі засоби, в т.ч. з додатковою дією (наприклад, спазмолітичною);

4.5.21. 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 (стенти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, комір Шанца, бандаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези, ортези, устілки, фіксатори зубних протезів, скоби для степлера, ендоскопічні стійки, апарати для зшивання кишківника набори для коронарографії, петлі для поліпектомії. тощо);

4.5.22. Вироби медичного призначення, які входять до "Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення", а також підпадають під "Порядок Державного реєстрації медичної техніки та виробів медичного призначення", відповідно до чинного законодавства, в тому числі: пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахали, простирадла, клейонки тощо), фіксатори та обладнання для остеосинтезу, медичний інструментарій (крім шприців, крапельниць, одноразових скальпелів, катетерів для проведення внутрішньовенних інфузій, одноразові ендотрахеальні трубки, шовний матеріал;

4.5.23. Тромболітики, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (тромбоемболія легеневої артерії) - до 6 (шести) діб з моменту встановлення діагнозу, тромбозу глибоких вен кінцівок - до 14 (чотирнадцяти) діб з моменту встановлення діагнозу та гострого інфаркту міокарду - до 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту встановлення діагнозу;

4.5.24. Двох і більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет-представництва Міністерства охорони здоров'я України за веб-адресою <http://mozdocs.kiev.ua>, крім випадків, коли один з препаратів має місцеву, а другий – загальну дію. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;

4.5.25. Хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, геморої, хронічна венозна недостатність), кардіоміопатії, хронічна серцева недостатність;

4.5.26. Діагностика та лікування хвороб крові (окрім гострої анемії III ст.); хронічна ниркова, печінкова та серцева недостатність;

4.5.27. Діагностика та лікування захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та захворювань в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації), персистуючих інфекцій;

4.5.28. Лікування (у т.ч. хірургічне, апаратне, медикаментозне, лазерне) короткозорості, далекозорості, астигматизму, астенопії, амбліопії, косоокості, халязіону, синдрому «сухого ока», патології ока, що потребує застосування штучної сльози; інших порушень функцій зору (крім випадків запалення), окуляри, лінзи, застосування тренажерів;

4.5.29. Діагностику та лікування порушень обмінних процесів (включаючи - ліпідограма (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрія, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограма, дослідження на гормони (більше чотирьох гормонів на рік); системна імунотерапія, гіпосенсибілізуюча терапія тощо;

4.5.30. Діагностику захворювань методами ПЛР, в тому числі дослідження на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, тредміл-тестів, проби Манту, діагностику глюкозотолерантності.

4.5.31. Профілактичні стоматологічні заходи: покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії

емалі, полірування, шліфування старих пломб, не пов'язане з лікуванням, зубні пасти, флоси;

4.5.32. Ортодонція: у т.ч. консультація ортодонта, брекет-системи, трейнери, капи тощо, безметалева протезування; імплантація зубів;

4.5.33. Лікування із застосуванням озону або лазера зубів, слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту;

4.5.34. Лікування тканин пародонту апаратом "Вектор"; лікування пародонтозу/ пародонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії Договору;

4.5.35. Виклик до дому лікарів вузькопрофільної спеціалізації.

4.5.36. Виклик до дому або консультація в поліклініці провідних (головних) фахівців, іменних фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук та інших категорій Провідних фахівців, послуги яких коштують дорожче, ніж послуги звичайних фахівців.

4.5.37. Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, забір аналізів тощо), крім надання Медичних послуг тяжкохворим пацієнтам;

4.5.38. Діагностику та лікування, після закінчення строку дії цього Договору, крім випадків, коли невідкладне стаціонарне лікування розпочато в період дії цього Договору. В останньому випадку, Страховик відшкодовує Медичному закладу витрати на стаціонарне лікування не більше ніж за 10 (десять) днів після закінчення дії цього Договору;

4.5.39. Послуги, які призначені ЗО протягом строку дії Договору, але отримані ЗО після його закінчення.

4.5.40. // Медичні послуги (у т.ч. медикаментозне лікування) за конкретним страховим випадком, якщо тривалість надання цих послуг перевищить 30 днів з дати настання страхового випадку – в частині такого перевищення.

4.5.41. Будь-які Медичні послуги, не передбачені Програмою страхування, обраної за цим Договором для відповідної ЗО.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ТА ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

5.1.Страховик зобов'язаний:

5.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами.

5.1.2. Протягом 7 (семи) робочих днів з дати надходження страхового платежу (першого страхового внеску) за Договором на поточний рахунок Страховика, передати Застрахованим особам **Картки ЗО**.

5.1.3. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання Події, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для врегулювання Події, та, у разі кваліфікації Події у якості страхового випадку, щодо своєчасного здійснення страхової виплати.

5.1.4. При настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором.

5.1.5. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майнове становище, стан здоров'я Застрахованих осіб, що стали відомі Страховику у зв'язку з укладанням та дією Договору, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

5.1.6. У випадку отримання письмової заяви Страхувальника або Застрахованої особи про втрату примірника Договору або Картки ЗО, видати дублікати втрачених документів.

5.1.7. При отриманні інформації про настання змін у переліку Медичних баз, розмістити відповідний змінений перелік на сайті Страховика globalgarant.com.ua

5.1.8. У випадку необґрунтованої відмови медичної установи, зазначеної у переліку Медичних баз, у наданні Застрахованій особі Медичних послуг, передбачених Програмою страхування, а також у випадку невідповідного лікування або надання Медичних послуг в неповному обсязі, Страховик, після отримання відповідної письмової заяви ЗО або Страхувальника, у найкоротший строк перевіряє цю інформацію та, у разі її підтвердження, здійснює заходи щодо надання Застрахованій особі цих вказаних послуг у повному обсязі.

5.2.Страховик має право:

5.2.1. Перевіряти достовірність інформації, що йому надається, в тому числі вимагати від Страхувальника або ЗО, надання Декларації про стан здоров'я або медичного огляду ЗО.

5.2.2. Направляти запит до медичних закладів та інших Компетентних органів про надання відповідних документів та ін-

формації, що пов'язані із настанням Події.

5.2.3. Провести за власний рахунок обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви на Страхову виплату (повідомлення про настання Події) за Договором.

5.2.4. Направляти письмову вимогу Страхувальнику (або Застрахованій особі) щодо повернення надлишкової суми здійсненої Страховиком страхової виплати за надані Застрахованій особі Медичні послуги, не передбачені Договором, а також у випадках перевищення Лімітів та Страхової суми за Програмою страхування, та вимагати повернення вказаної суми Застрахованою особою (чи Страхувальником – у разі неповнення зазначених сум Застрахованою особою) протягом 7 (семи) робочих днів з моменту отримання такої вимоги.

5.2.5. Відстрочити прийняття рішення про страхову виплату відповідно до умов цього Договору

5.2.6. Відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у 3 цьому Договорі та в разі невиконання Застрахованою особою та/або Страхувальником умов та обов'язків, передбачених цим Договором.

5.2.7. Контролювати діагностику та лікування ЗО щодо їх відповідності клінічним протоколам та стандартам надання Медичної допомоги, що базуються на принципах доказової медицини (у т.ч. розміщених на сайті ДП "Державний експертний центр МОЗ України" за адресою: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>);

5.2.8. Достроково припинити дію Договору та/ або ініціювати внесення змін до умов цього Договору.

5.3.Страхувальник зобов'язаний:

5.3.1. Ознайомитися з умовами Договору та Правилами.

5.3.2. Своєчасно та у повному обсязі нести страховий платіж, згідно з умовами Договору.

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

5.3.4. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета цього Договору.

5.3.5. Повідомити ЗО про укладення цього Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дня набуття ним чинності та ознайомити їх зі змістом цього Договору та Правил.

5.3.6. Видати всім Застрахованим особам Картки ЗО, отримані від Страховика.

5.3.7. Тримати в таємниці відомості про умови цього Договору, результати врегулювання Події, страхової виплати, стан здоров'я ЗО, що став відомий Страхувальнику у зв'язку з укладанням та дією цього Договору, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

5.3.8. Вживати заходів щодо попередження виникнення Професійних захворювань у ЗО.

5.4.Страхувальник має право:

5.4.1. Визначити осіб, які підлягають страхуванню за Договором.

5.4.2. Визначити умови страхування для кожної Застрахованої особи (за згодою цих осіб, крім випадків, коли Страхувальник є законним представником ЗО)..

5.4.3. При настанні страхового випадку, вимагати від Страховика здійснення страхової виплати – у частині наданих Застрахованій особі Медичних послуг, перелік яких визначено в Договорі.

5.4.4. У випадку прийняття рішення Страховиком про відмову у здійсненні страхової виплати, оскаржити рішення Страховика в судовому порядку.

5.4.5. Достроково припинити дію Договору, згідно з його умовами.

5.5.Застрахована особа зобов'язана:

5.5.1. Ознайомитися з умовами Договору.

5.5.2. Зберігати Картку Застрахованої особи і не передавати її іншим особам для отримання останніми Медичних послуг. У разі втрати Картки ЗО, протягом 2 (двох) робочих днів надати Страховику письмову заяву про її втрату.

5.5.3. В період медичного обстеження і лікування, виконувати призначення лікуючого лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватись лікувального режиму та внутрішнього розпорядку, існуючого в Медичному закладі, нормативно-

правових актів, діючих у системі охорони здоров'я України, рекомендацій лікарів-координаторів Асистансу.

5.5.4. У разі настання Події, діяти в порядку, передбаченому Розділом 6 даного Договору.

5.5.5. При відмові від запланованого, в рамках Договору, візиту до Медичного закладу, організованого Асистансом, повідомити лікаря-координатора Асистансу за телефоном, вказаним у Картці ЗО, не пізніше, ніж за 4 (чотири) години до призначеного часу відвідування. У випадку, якщо ЗО не повідомила, без поважних причин, завчасно у вказаний термін про відмову (неможливість) з'явитись на призначений прийом до Медичного закладу, Страховик має право відмовити в оплаті Медичних послуг, наданих за наступним зверненням ЗО за Медичною допомогою.

5.5.6. Надати Страховику документи, необхідні для здійснення страхової виплати, протягом ЗО (тридцяти) календарних днів після закінчення лікування в медичному закладі, - якщо вартість відповідних Медичних послуг була сплачена за рахунок ЗО (повністю або частково).

5.5.7. Надавати Страховику інформацію і документи, що стосуються Події. Всі медичні документи та результати обстежень, а також інші записи та пояснення, які можуть мати відношення до Події, мають бути надані Страховику, на його обґрунтовану вимогу.

5.5.8. Повернути Страховику надлишкову суму здійсненої страхової виплати за надані Застрахованій особі Медичні послуги, не передбачені Договором, а також у випадках перевищення Лімітів та Страхової суми за Програмою страхування, - протягом 7 (семи) робочих днів з моменту отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика.

5.5.9. У разі потреби одержання Медичних послуг у Медичному закладі, не передбаченому Договором, зателефонувати до Асистансу (представника Страховика) та узгодити свій вибір Медичного закладу в порядку, встановленому розділом 6 цього Договору, - до фактичного отримання таких послуг.

6. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

6.1. Обслуговування ЗО за допомогою Асистансу

6.1.1. У разі виникнення необхідності в отриманні Застрахованою особою Медичних послуг, передбачених Договором, ЗО (її представник) повинна попередньо звернутися до Асистансу за телефоном, вказаним у Картці ЗО. При такому зверненні, у випадку визнання Події страховим випадком за Договором та дотримання ЗО умов Договору, Застрахована особа, в межах залишку Страхової суми, без додаткової оплати отримує необхідні у Медичні послуги (в т.ч. медикаменти), згідно умов та Лімітів, передбачених відповідною Програмою страхування.

6.1.2. При зверненні до Асистансу, Застрахована особа ЗО (її представник) повинна повідомити лікарю-координатору Асистансу наступну інформацію:

6.1.2.1. Прізвище, ім'я, по батькові ЗО;

6.1.2.2. Номер Картки ЗО;

6.1.2.3. причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані зі здоров'ям ЗО);

6.1.2.4. адресу місцезнаходження ЗО, контактний телефон.

6.1.3. Лікар-координатор Асистансу проводить ідентифікацію ЗО та чинність Договору щодо неї, надає медичні консультації, та, у разі необхідності, направляє ЗО у відповідний Медичний заклад (відповідно до пріоритетності Медичних закладів за обраною Програмою страхування), організовує надання ЗО Медичних послуг та контролює їх якість. При цьому, ЗО зобов'язана чітко виконувати інструкції Асистансу.

6.1.4. Страховик здійснює страхову виплату, шляхом оплати наданих послуг та/ або медикаментів, отриманих ЗО через Асистанс, в рамках обраної за Договором Програмою страхування та за умов виконання ЗО умов цього Договору, - безпосередньо закладам, що надали Медичну допомогу ЗО в рамках Програми страхування та за умов виконання ЗО умов цього Договору.

6.2. Надання Застрахованій особі Медичних послуг іншими закладами, крім БМЗ.

6.2.1. У випадках необхідності отримання ЗО Екстреної медичної допомоги, при фактичному отриманні Застрахованою

особою Медичних послуг, передбачених Договором, в закладах, не передбачених цим Договором, та здійснення оплати за ці послуги за свій рахунок чи за рахунок Третьої особи (придбання медикаментів, оплата діагностичних обстежень тощо), але за умови, що це (медичний заклад, вид витрат та розмір витрат) було попередньо узгоджено із Асистансом за телефоном, зазначеним у Картці ЗО, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо ЗО (одному з батьків, опікуну чи піклувальнику, які здійснили відповідні витрати, - якщо ЗО є неповнолітня особа) або Третій особі, за рахунок якої було оплачено вказані Медичні послуги.

6.2.2. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують необхідність та факт отримання Медичних послуг, передбачених Програмою страхування ЗО, та їх вартість.

6.2.3. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою чи Третьою особою Медичних послуг, наданих ЗО згідно з умовами Договору, Страховик здійснює страхову виплату на підставі надання таких документів:

6.2.3.1. Заяву ЗО або Третьої особи на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком).

6.2.3.2. Документ, що ідентифікує фізичну особу - отримувача страхової виплати, а саме: паспорт, або військовий квиток, або тимчасове посвідчення особи громадянина України, або посвідка - копію свідчення в Україні, посвідчення біженця тощо (подається фізичною особою - отримувачем страхової виплати);

6.2.3.3. довідку про присвоєння РНОКПП (реєстраційного номеру облікової картки платника податку). Вона подається фізичною особою - отримувачем страхової виплати;

6.2.3.4. У випадку, коли Застрахованою особою є неповнолітня дитина - копію свідчення про народження ЗО та копію документа, що ідентифікує особу одного з батьків, опікуна чи піклувальника ЗО.

6.2.3.5. Копії ліцензії та свідчення платника податку медичного чи іншого закладу, що надав послуги Застрахованій особі - окрім державних і відомчих закладів.

6.2.4. Додатково до документів, зазначених у пп. 6.2.3.1. - 6.2.3.5. додається:

6.2.4.1. Для відшкодування вартості Медикаментів та медичних матеріалів:

6.2.4.2. виписка з історії хвороби, виписний епікриз, де вказується діагноз, строки лікування, перелік медикаментів, дозування й кількість. Документи повинні бути завірені штампом і печаткою Медичного закладу, підписом лікаря (та його печаткою) та/або завідувача відділенням;

6.2.4.3. при амбулаторному лікуванні - виписка з амбулаторної карти, довідка, завірену Медичним закладом із зазначенням дати звернення, повного діагнозу, переліку Медикаментів та матеріалів, призначених у зв'язку з даним захворюванням, завірена печаткою Медичного закладу, рецепти (вимоги) на Медикаменти, оформлені у встановленому порядку, оригінал фінансового документу (фіскальний чек, квитанція до прибуткового касового ордеру або банківська квитанція) про оплату вартості Медикаментів та матеріалів, датований не пізніше 3 (трьох) діб з дати звернення до Медичного закладу.

6.2.4.4. Для відшкодування вартості Медичних послуг: медичний висновок (консультативний висновок, виписку із амбулаторної карти тощо), оформлені належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою Медичного закладу; оригінал фінансового документу (фіскальний чек, квитанція до прибуткового касового ордеру або банківська квитанція) про оплату вартості наданих послуг.

6.2.4.5. Для відшкодування вартості діагностичних обстежень: направлення лікаря на даний вид діагностичних обстежень; оригінал фінансового документу (фіскальний чек, квитанція до прибуткового касового ордеру або банківська квитанція) про оплату вартості наданих послуг; результат лікування або обстеження, оформлений належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою лікувальної установи.

6.2.5. Документи, зазначені у п.п. 6.2.3, 6.2.4 цієї Частини Договору, повинні надаватись Страховику у формі оригінальних примірників.

6.2.6. Якщо зазначені у п.п. 6.2.3, 6.2.4 цієї Частини Договору, надані Страховику не в належній формі, або оформлені із

порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), рішення щодо здійснення страхової виплати Страховиком не приймається до ліквідації цих недоліків.

6.2.7.ЗО має право надавати Страховику додатково інші документальні підтвердження щодо настання Події.

6.2.8.У разі, якщо на підставі наявних документів неможливо зробити висновок про право особи, що надала Заяву про отримання страхової виплати, на фактичне отримання відповідних грошових сум, зокрема, про факт настання Події, розмір витрат на оплату Медичних послуг, понесених внаслідок Розладу її здоров'я ЗО та необхідність здійснення таких витрат, Страховик має право перевіряти надану інформацію та мотивовано вимагати від ЗО надання інших документів, не зазначених у п.п. 6.2.3, 6.2.4. Договору, а також направити ЗО до довіреного лікаря Страховика, з метою додаткового обстеження стану здоров'я ЗО, - за рахунок Страховика.

6.2.9.У випадку самостійного лікування, ЗО має подати заяву на отримання страхової виплати у строк до 30 (тридцяти) календарних днів після отримання відповідних Медичних послуг. У разі надання документів із перевищенням вказаного строку, Страховик має право відмовити у страховій виплаті, крім випадку, коли ЗО (її представник) документально підтвердить поважність причин такого перевищення строку надання документів.

6.2.10.Після кожної страхової виплати відповідна страхова сума або Ліміт (якщо такий передбачений щодо послуг, за якими була здійснена виплата) зменшується на суму проведеної страхової виплати.

6.3.Рішення Страховика щодо здійснення страхової виплати:

6.3.1.Страховик здійснює страхову виплату за такими можливими варіантами:

6.3.1.1.Безпосередньо Медичним закладам, що надали ЗО послуги, передбачені цим Договором;

6.3.1.2. Асистансу, якщо ним оплачено Медичні послуги, надані ЗО, від імені та за рахунок Страховика;

6.3.1.3.Застрахованій особі (Третій особі) на підставі її Заяви про здійснення страхової виплати (тільки у випадку, якщо такий варіант виплати попередньо був узгоджений зі Страховиком та/ або Асистансом).

6.3.2.Порядок розрахунків Страховика з контрагентами, вказаними у п.п. 6.3.1.1, 6.3.1.2 цієї Частини Договору, визначаються згідно відповідних договорів, укладених між Страховиком і цими контрагентами.

6.4.У разі отримання документів для здійснення страхових виплат, згідно п.6.3.1.3 цієї Частини Договору, Страховик зобов'язаний у строк не більше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання необхідних документів, вказаних у п.п. 6.2.3, 6.2.4 цієї Частини Договору, прийняти рішення про здійснення страхової виплати, або про мотивовану відмову у страховій виплаті та, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття цього рішення, відіслати Страхувальнику і Застрахованій особі (Третій особі, яка оплатила вартість Медичних послуг, наданих ЗО) відповідне письмове повідомлення, із обґрунтуванням причин такої відмови.

6.5.У разі прийняття Страховиком позитивного рішення щодо здійснення страхової виплати, така виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після дня підписання відповідного страхового акту.

6.6.Сума страхової виплати визначається у розмірі фактичних витрат ЗО, попередньо погоджених зі Страховиком або Асистансом (з урахуванням Лімітів та класу медичних закладів, передбачених Програмою страхування цієї ЗО).

6.7.У випадку, якщо **вартість Медичних послуг, наданих ЗО без попереднього погодження з Асистансом**, перевищує більш ніж на 20 (двадцять) відсотків середню вартість таких Медичних послуг, що надаються Розрахунковими Медичними закладами класу, передбаченого Програмою страхування ЗО в регіоні, де цій особі були фактично надані Медичні послуги, Страховик відшкодовує лише середньорегіональну вартість подібних послуг, крім випадків, коли ЗО не мала фізичної можливості звернутись за Медичною допомогою у Медичний заклад класу, обумовленого Програмою страхування:

- з причини відсутності такого у регіоні фактичного надання Медичних послуг, або

- з причини неможливості надання Медичним закладом належного класу Медичної допомоги ЗО, чи відмови таким закладом у наданні Медичної допомоги ЗО.

6.8.Загальна сума страхових виплат, здійснених по кожному страховому випадку з однією ЗО, передбаченому цим Договором, не може перевищувати загального розміру страхової суми, встановленої цим Договором на одну ЗО.

6.9.Страхові виплати здійснюються виключно у національній валюті України.

6.10.Страховик має право затримати страхову виплату, якщо:

6.10.1.Він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу Третьої особи, яка вимагає отримання страхової виплати. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження майнового інтересу особи, яка вимагає здійснення страхової виплати на свою користь.

6.10.2.Відповідними компетентними державними органами, за наявності протиправних дій щодо життя та здоров'я Застрахованої особи, було порушено кримінальне провадження і проводиться досудове розслідування обставин, що призвели до виникнення шкоди (збитків). Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після зупинення або закінчення зазначеного розслідування, закриття кримінального провадження тощо.

6.10.3.Мають місце обґрунтовані сумніви Страховика з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин Події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у страховій виплаті, - на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин Події, але не більше ніж на 6 (шість) місяців.

6.10.4.За наявності обставин, вказаних у п.п. 6.2.6 цієї Частини Договору.

6.11.Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхової виплати є:

6.11.1.Навмисні дії Застрахованої особи (Страхувальника), 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 Застрахованої особи (Страхувальника) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

6.11.2.Вчинення Застрахованою особою (Страхувальником) умисного злочину, що призвів до настання Події.

6.11.3.Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу або про факт та/ або обставини настання Події.

6.11.4.Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та наслідків страхового випадку.

6.11.5.Наявність обставин, передбачених розділом 4 цієї Частини Договору.

6.11.6.Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, зазначених у п.п.5.3, 5.5, розділі 6 цієї Частини Договору.

6.11.7.Відсутність (часткова або повна) документів, вказаних у розділі 6 цієї Частини Договору та необхідних для здійснення страхової виплати.

6.11.8.звернення до Медичного закладу та/або лікування ЗО у Медичному закладі без попереднього узгодження з Асистансом (за відсутності поважних причин таких дій);

6.11.9.Невиконання вказівок Асистансу - без поважних на це причин;

6.11.10. Інші випадки, передбачені законом.

7. ПОРЯДОК ПРИПИНЕННЯ І ЗМІНИ ДОГОВОРУ

7.1.Договір втрачає чинність у випадках:

7.1.1.закінчення строку дії Договору;

7.1.2.виконання Страховиком зобов'язань перед ЗО у повному обсязі;

7.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки.

7.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

7.1.5. прийняття судового рішення про визначення цього Договору недійсним;

7.1.6. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

7.2.1. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії цього Договору.

7.2.2. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40% та фактично здійснених страхових виплат. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

7.2.3. При достроковому припиненні дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов цього Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії цього Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 40%, та фактично здійснених страхових виплат.

7.2.4. У разі наявності підтверджених фактів передачі Картки ЗО іншим особам для отримання послуг, передбачених Договором страхування, Страховик має право достроково припинити дію даного Договору стосовно цієї ЗО, зі стягненням із цієї ЗО повної суми матеріальних збитків, заподіяних Страховику.

7.2.5. Страховик має право припинити обслуговування ЗО в разі її некоректної поведінки при отриманні послуг, передбачених Договором та вимагати від Страхувальника ліквідації цих недоліків або дострокового припинення дії Договору страхування стосовно цієї Застрахованої особи.

7.3. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору.

7.4. Якщо Договір був укладений Страховиком на користь ЗО, що відноситься до категорій осіб, зазначених у п. 4.1 цієї Частини Договору, то, з моменту встановлення цього факту, Договір припиняє свою дію в частині зобов'язань щодо цієї ЗО, а страхові платежі внесені за цю ЗО, повертаються Страхувальнику в повному обсязі, - за вирахуванням сум, що підлягають сплаті за Медичні послуги, фактично надані ЗО згідно умов Договору.

7.5. Якщо Договір був укладений на користь на користь ЗО, що відноситься до категорій осіб, зазначених у п. 4.1 цього Договору, та ця особа знала про стан свого здоров'я, але не повідомила Страховика, то з моменту встановлення Страховиком факту приховування інформації з боку ЗО щодо стану свого здоров'я або настання Події через зазначений стан здоров'я ЗО, дія цього Договору, на вимогу Страховика, припиняється в частині зобов'язань Страховика щодо такої ЗО, на умовах **другої** частини п.7.2.3 цього Розділу.

7.6. Якщо віднесення ЗО до осіб, вказаних у п.4.1 цієї Частини Договору, було наслідком Вперше виявленого захворювання під час строку дії Договору, то Договір в частині цієї ЗО достроково припиняє свою дію, на вимогу Страховика, на умовах **першої** частини п.7.2.3 цього Розділу.

7.7. Будь-які зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені виключно за наявності згоди Сторін, шляхом оформлення відповідної Додаткової угоди до Договору.

8. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

8.1. Спори, що виникають за Договором, розв'язуються шляхом переговорів.

8.2. У разі недосягнення згоди шляхом переговорів, спір вирішується, відповідно до чинного законодавства України.

9. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

9.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

9.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати у випадках передбаченому в п. 8.2. шляхом сплати ЗО пені у розмірі 0,01% від суми страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який сплачується пеня.

9.3. Страхувальник несе майнову відповідальність за порушення строків сплати страхового платежу, шляхом сплати Страховику пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від розміру чергового страхового внеску (крім першого), термін сплати якого настав, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.

10.ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ (ФОРС-МАЖОР)

10.1. Сторони звільнюються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором при настанні обставин непереборної сили, надалі - форс-мажор, и безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків, під час дії цих обставин.

10.2. Під обставинами форс-мажору розуміються такі події, що роблять неможливим виконання Сторонами своїх обов'язків:

10.2.1. військові (бойові) дії (навіть якщо війну офіційно не було оголошено);

10.2.2. громадянська війна, масові заворушення, повстання, революція, військове або надзвичайне становище, страйк, державний переворот, терористичний акт, встановлення військової диктатури;

10.2.3. стихійні лиха, пожежі, землетруси та інші природні явища;

10.2.4. блокада, ембарго, валютні обмеження, зміни в законодавстві та інші дії держави (органів влади);

10.2.5. інші обставини, які відповідно до норм чинного законодавства України віднесені до обставин непереборної сили.

10.3. Сторона, яка підпала під дію таких обставин, повинна не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту їх настання повідомити про це іншу Сторону. В іншому випадку така Сторона при невиконанні своїх зобов'язань за Договором втрачає право на посилення на вплив зазначених обставин.

10.4. Сторона, для якої склалася неможливість виконання обов'язків внаслідок впливу обставин непереборної сили, повинна надати іншій Стороні підтвердження про настання таких обставин та про їх безпосередній вплив на можливість невиконання обов'язків.

10.5. Відповідним доказом строку дії обставин форс-мажору вважається офіційне підтвердження, що надається Торгово-промисловою палатою України або іншим уповноваженим державним органом, яке повинно бути направлено Стороною, яка попала під дію даних обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин форс-мажору, має право перенести термін виконання обов'язків за Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

10.6. Після закінчення дії таких обставин, Сторона, яка попала під їх вплив, зобов'язана протягом 7 (Семи) робочих днів виконати належним чином зобов'язання, відповідно до умов Договору.

11. ІНШІ УМОВИ

11.1. Якщо будь-яке положення Договору стане недійсним, це не веде до недійсності всього Договору в цілому.

11.2. Відносини щодо страхування, не визначені у Договорі, регулюються згідно з Правилами та законодавством України.

11.3. До підписання Договору Страхувальник ознайомився з Правилами і погодився з умовами цього Договору.

11.4. Умови Договору є комерційною таємницею і не підлягають розголошенню Сторонами, окрім випадків, прямо передбачених законодавством України.

11.5. В рамках цього Договору, всі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені рекомендованим листом, засобами електронного чи факсимільного зв'язку (з підтвердженням про отримання) чи доставлені кур'єром за адресами, зазначеними в Договорі.

11.6. На виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних", укладенням цього Договору Страхувальник надає свою згоду:

11.6.1. на обробку Страховиком персональних даних (ПД) Страхувальника і Застрахованих осіб, в тому числі прізвища, імені, по батькові, року, місяця, дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів тощо, з метою провадження Страховиком страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору) та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово - господарської діяльності;

11.6.2. щодо прийняття Страховиком рішень на підставі обробки ПД Страхувальника повністю та/ або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

11.6.3. на надання Страховику права здійснення дій з ПД Страхувальника, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

11.6.4. щодо зберігання Страховиком ПД Страхувальника протягом строку дії Договору та п'яти років після припинення його дії;

11.6.5. на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки ПД Страхувальника, відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;

11.6.6. щодо надання, на розсуд Страховика, доступу третім

особам до ПД Страхувальника та щодо передачі цих ПД третім особам без попереднього повідомлення Страхувальника.

11.7. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) ПД Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.

11.8. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору йому була надана інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг", права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

11.9. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що всі Застраховані особи, вказані у розділі 3 "Дані щодо Застрахованих осіб" Частини А Договору, відносно яких Страхувальник не є законним представником, надали свою згоду на страхування, відповідно до умов Договору, а також надали право Страховику на отримання необхідної інформації від медичних закладів щодо стану здоров'я відповідних ЗО та отриманих ними медичних послуг та звільняють медичних працівників від обов'язків зберігати лікарську таємницю щодо інформації, що має відношення до страхових випадків, передбачених цим Договором.

11.10. Невід'ємними частинами Договору є:

11.10.1. Додаток 1 – "Складові Програми добровільного медичного страхування";

11.10.2. Додаток 2 – "Перелік захворювань і станів, що потребують екстреної (ургентної) госпіталізації і проведення невідкладного стаціонарного лікування".

**Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"**



І.В. Бонковська

СКЛАДОВІ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ДЛЯ ФІЗИЧНИХ ОСІБ

Перелік Медичних баз (медичних закладів, аптек тощо) для обслуговування Застрахованих осіб розміщено на офіційному сайті Страховика globalgarant.com.ua

Програми добровільного медичного страхування	Програма 1	Програма 2	Програма 3	Програма 4
Вік Застрахованих осіб (ЗО), повних років	18 - 60			
Кількість осіб, застрахованих за одним договором	1 - 5			
Загальна страхова сума, грн	25 000	35 000	50 000	75 000
Загальний страховий тариф, %	6,00	7,70	6,25	6,50
Загальний страховий платіж, грн	1 500,00	2 695,00	3 125,00	4 875,00
Організаційний супровід				
Організаційний супровід представником Асистансу у телефонному режимі: пошук медичного закладу (аптеки, діагностичного центру), організація доставки необхідних медикаментів тощо	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Цілодобова інформаційна підтримка представниками Асистансу Застрахованої особи (її родичів, представників)	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Контроль представниками Асистансу процесу лікування ЗО	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Амбулаторно-поліклінічна допомога				
консультація терапевта, сімейного лікаря, вузьких спеціалістів (збір скарг, трактовка лабораторно-інструментальних досліджень, призначення схеми лікування, надання рекомендацій)	----	телемедицина (4 консультації)	----	телемедицина (10 консультацій)
Невідкладна стаціонарна допомога				
Медикаменти за призначенням лікаря	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Доставка медикаментів в стаціонар (від 150 грн – у Київ та обласні міста)	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, біохімія, електроліти, коагулограма тощо)	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Інструментальні дослідження (ЕКГ, ФГДС, УЗД, КТ, МРТ тощо)	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Консультації лікарів, маніпуляції, процедури, блокади тощо	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Хірургічне лікування, операції, післяопераційний догляд	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Знеболення місцеве та загальне (наркоз), перебування в палаті інтенсивної терапії, ШВЛ (штучна вентиляція легенів)	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Перебування в профільних відділеннях стаціонару (терапія, кардіологія, гастроентерологія тощо)	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Фізіотерапія (УВЧ, електрофорез, УФО), ЛФК	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Оформлення лікарняних листків	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Харчування в умовах стаціонару	ТАК	ТАК	ТАК	ТАК
Категорія палат	Підв. комфорту/ стандартні	Підв. комфорту/ стандартні	Підв. комфорту/ стандартні	Підв. комфорту/ стандартні
Кількість госпіталізацій під час річного строку дії договору страхування	2 випадки	2 випадки	2 випадки	2 випадки
Гранична тривалість стаціонарного лікування, що підлягає оплаті Страховиком	21 день	21 день	21 день	21 день
Ліміт відповідальності	в межах страхо- вої суми	в межах страхо- вої суми	в межах страхо- вої суми	в межах страхо- вої суми
Екстрена допомога				
Цілодобовий прийом викликів шляхом безпосереднього звернення За- страхованої особи до диспетчерського пункту Асистансу	----	----	ТАК	ТАК
Первинний огляд лікаря, постановка попереднього діагнозу, надання невідкладної допомоги за життєвими показаннями (купірування гострих (критичних) станів); невідкладна медикаментозна терапія	----	----	ТАК	ТАК
Надання невідкладної допомоги за життєвими показаннями	----	----	ТАК	ТАК
Лікувальні маніпуляції (ін'єкції, накладання шин, реанімаційні заходи та інші професійні послуги медичного персоналу)	----	----	ТАК	ТАК
Транспортування каретою невідкладної медичної допомоги до Медичного закладу з переліку Медичних баз Страховика або до чергового (ургентно- го) відділення медичного закладу, найближчого до місця настання події, для проведення подальшого лікування	----	----	ТАК	ТАК
Надання невідкладної допомоги при травмах та опіках у травмпунктах	----	----	ТАК	ТАК
Кількість звернень на 1 (одну) ЗО під час дії договору страхування	----	----	2 випадки	2 випадки

Перший заступник
Голови Правління
ПРАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"



І.В. Бонковська

Перелік захворювань і станів, що потребують екстреної (ургентної) госпіталізації і проведення невідкладного стаціонарного лікування

Екстрена (ургентна) госпіталізація і невідкладне стаціонарне лікування повинні проводитись при станах людини, що загрожують її життю та потребують надання невідкладної медичної допомоги у стаціонарному медичному закладі в перші 3-12 годин з моменту настання відповідного стану. При цьому, у Медичній карті стаціонарного хворого має бути зазначено "госпіталізований за терміновими показаннями".

1. Інфекційні та паразитарні хвороби:

- 1.1. Дифтерія. Менінгококова інфекція. Ботулізм. Бруцельоз. Черевний тиф. Геморагічні лихоманки.
- 1.2. Вірусний гепатит (крім хронічної форми). Лептоспіроз. Дизентерія. Малярія. Лептоспіроз.
- 1.3. Гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання. Правець.
- 1.4. Енцефаліт гострий (сипнотифозний, кліщовий весняно-літній, некротичний, геморагічний).

2. Хвороби ендокринної системи:

- 2.1. Діабет (коматозний стан).
- 2.2. Хвороби щитовидної залози (мікседемаматозна кома, тіреотоксичний криз).
- 2.3. Хвороби паращитовидної залози (гіпер- та гіпокальціємічні кризи)
- 2.4. Хвороби надниркової залози (гостра надниркова недостатність, феохромацитомний криз).
- 2.5. Гіполітутарна кома.

3. Хвороби нервової системи та органів чуття:

- 3.1. Гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт).
- 3.2. Травми нервової системи, які потребують екстреної (ургентної) госпіталізації.
- 3.3. Коми, напади та інші критичні стани.
- 3.4. Гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 3.5. Гострі процеси та травми ока.
- 3.6. Гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа, які потребують екстреної (ургентної) госпіталізації.

4. Хвороби системи кровообігу:

- 4.1. Гострий інфаркт міокарду (гострий коронарний синдром, кардіогенний шок).
- 4.2. Нестабільна стенокардія (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 4.3. Гострі важкі міокардити, перикардити, ендокардити.
- 4.4. Гостре порушення серцевого ритму (гемодинамічно нестабільний).
- 4.5. Гостра серцева недостатність. набряк легенів.
- 4.6. Емболія та гострий тромбоз магістральних судин.
- 4.7. Гіпертонічний криз ускладнений.

5. Хвороби органів дихання:

- 5.1. Гострі важкі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 5.2. Гострі порушення прохідності верхніх дихальних шляхів (крім випадків, які виникли в результаті суїцидальних спроб).
- 5.3. Бронхіальна астма (астматичний статус). Пневмоторакс.

6. Хвороби та ураження органів травлення:

- 6.1. Гострий апендицит, дивертикуліт. Защемлена кіла.
- 6.2. Перитоніт. Перфорації шлунку та кишок.
- 6.3. Гостра кишкова непрохідність.
- 6.4. Гострий холецистит. Гострий панкреатит (панкреонекроз).
- 6.5. Шлунково-кишкова кровотеча. Тромбоз мезентеріальних судин.
- 6.6. Абсцеси черевної порожнини. Гостра печінкова недостатність.

7. Хвороби сечостатевої системи:

- 7.1. Гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 7.2. Гостра ниркова недостатність. Ниркова колика, що не купірується. Гостра затримка сечі.

8. Гостра акушерсько-гінекологічна патологія:

- 8.1. Масивні кровотечі із статевих шляхів.
- 8.2. Гостре запалення органів жіночої сечостатевої сфери (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).
- 8.3. Інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій.

9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів:

- 9.1. Гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів, тощо (стан, що потребує екстреної медичної допомоги).

10. Травми, опіки, відмороження, отруєння:

- 10.1. Переломи кісток черепа. Переломи хребта та кісток тулуба;
- 10.2. Переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки.
- 10.3. Ураження суглобів та м'язів. Внутрішньочерепні травми.
- 10.4. Травми внутрішніх органів. Ураження голови, шиї і тулуба.
- 10.5. Ураження верхньої та нижньої кінцівки.
- 10.6. Ураження кровоносних судин (стан, що потребує невідкладної медичної допомоги);
- 10.7. Опіки, відмороження II-III ст. Теплові, сонячні удари (стани, що потребують екстреної допомоги).
- 10.9. Отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного).

11. Симптоми, ознаки та неточно зазначені стани:

- 11.1. Кома. Ступор. Судоми. Шок будь-якої етіології. Асфіксія. Масивна кровотеча.

Перший заступник
Голови Правління
ПрАТ "СК "ГЛОБАЛ ГАРАНТ"



І.В. Бонковська