

Затверджено

Рішенням Дирекції

ТДВ «СК «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ»

Протокол № 2/24 від 28.06.2024

А.С. Іванців



ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»

(код страхового продукту – ДМС)

Ця редакція Загальних умов страхового продукту «**Медичне страхування**» діє з 01.07.2024 р. та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов.

Договір медичного страхування (далі - Договір, Договір страхування), укладений за цією редакцією Загальних умов, діє на цих Загальних умовах до закінчення строку його дії, крім випадків внесення відповідних змін до Договору страхування за згодою сторін. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, якщо це не суперечить Закону.

Загальні умови страхового продукту є основою для укладення договору страхування (його складовою частиною), враховуючи його потреби в страхуванні, з урахуванням його складності, особливостей та специфіки. Умови страхування (обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, обмежень страхування, місце дії договору страхування та інші) визначаються в договорі страхування при його укладенні відповідно до цих Загальних умов.

Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» розроблені та затверджені Страховиком згідно з вимогами [Закону України №1909-IX від 18.11.2021 «Про страхування»](#), нормативно-правових актів Національного банку України, а також внутрішніх документів Страховика.

Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, зокрема засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю.

ТДВ «СК «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ» не пропонує страхові продукти, розроблені відповідно до цих Загальних умов, разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

Договори страхування укладаються на даних Загальних умовах в межах Класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування, відповідно до класифікації Закону України «Про страхування».

1. ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ.

- 1.1. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – медична допомога, що надається Застрахованій особі в амбулаторних умовах, або за місцем проживання (перебування) з метою діагностики та лікування найбільш розповсюджених хвороб, травм, патологічних та фізіологічних станів;
- 1.2. **Асистуюча компанія** – юридична особа, яка діє від імені та за рахунок Страховика на підставі договору доручення, укладеного із Страховиком, та забезпечує обслуговування договорів медичного страхування в частині організації надання медичної допомоги, медичних та інших послуг Застрахованій особі згідно з умовами Договору страхування;
- 1.3. **Базові медичні заклади** - лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування з якими укладено договори про співробітництво, відповідно до категорії лікувально-профілактичних закладів зазначених у Програмі та/або Договорі старування. Ці заклади мають пріоритет при скеруванні Застрахованої особи за медичними послугами. Обслуговування Застрахованої особи в інших медичних закладах відбувається за погодженням із Страховиком при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі або за індивідуальним направленням лікаря базового медичного закладу;
- 1.4. **Вигодонабувач** – особа, що призначається Страхувальником згідно з умовами Договору страхування для отримання страхової виплати, і стосовно якої у Страхувальника є наявний страховий інтерес;
- 1.5. **Виклик лікаря** – виїзд терапевта/ педіатра, сімейного лікаря додому або на місце роботи (за показами) з відповідної категорії медичних закладів, передбачених Договором страхування з амбулаторно-поліклінічної допомоги та за наявності медичних показань.
- 1.6. **Гостре захворювання** – несподіване, різке погіршення стану здоров'я, яке потребує надання медичної допомоги, і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в тому числі стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до загрози життю;
- 1.7. **Денний стаціонар** – вид планової 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, що потребують тимчасового медичного спостереження;
- 1.8. **Договір страхування (або Договір)** – Договір медичного страхування, укладений Страховиком та Страхувальником відповідно до цих Загальних умов;
- 1.9. **Екстрена (ургентна) госпіталізація/ стаціонар** – госпіталізація при станах, що загрожують життю, яка здійснюється службою швидкої медичної допомоги або за направленням лікарів закладу охорони здоров'я (всіх рівнів надання медичної допомоги) в найкоротший термін, який за медичними нормами не може перевищувати 2-3 години. Екстрена госпіталізація здійснюється без попереднього погодження дати і часу госпіталізації;
- 1.10. **Екстрена (швидка) медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» 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;
- 1.11. **Екстрена (невідкладна) стоматологічна допомога** – надається при гострому зубному болю в екстреному порядку при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до медичного закладу. Екстрена стоматологічна допомога – це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме: гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, періокоронарит, флегмона і абсцес щелепно-лицьової області, невралгія трійчастого нерва, закупорка протоків слинних залоз, усунення наслідків щелепно-лицьової травми;
- 1.12. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до настання періоду ремісії. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до серйозних порушень функцій організму (в тому числі стійкій дисфункції якого-небудь органу) або до виникнення загрози життю;

- 1.13. **Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатності якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування на власну користь, одночасно є Застрахованою особою;
- 1.14. **Захворювання (хвороба)** – патологічний процес, який проявляється порушеннями морфології (анатомічної, гістологічної будови), обміну речовин та (або) функціонування організму (його частин) у людини, та за характером перебігу може бути гострим або хронічним;
- 1.15. **Ліміт відповідальності** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми за Програмами добровільного медичного страхування та (або) окремих видах медико-санітарної допомоги;
- 1.16. **Медико-санітарна допомога (МСД)** – це:
- медична допомога/послуга – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Є результатом професійної діяльності медичних працівників, яка має вартісну оцінку і спрямована на задоволення потреб Застрахованої особи для охорони її здоров'я поза межами бюджетного фінансування;
 - медичне обслуговування – діяльність суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою/ послугою, але безпосередньо пов'язана з її наданням;
- 1.17. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я (в тому числі, але не виключно, лікувально-профілактичний заклад, фармацевтичний (аптечний) заклад) – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує надання МСД Застрахованій особі на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;
- 1.18. **Невідкладна стаціонарна (амбулаторно-поліклінічна) допомога** – медична допомога Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару (в амбулаторно-поліклінічних умовах) при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкої дисфункції якого-небудь органу), або до виникнення загрози життю Застрахованої особи;
- 1.19. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо;
- 1.20. **Планова госпіталізація/ стаціонар** – госпіталізація за направленням лікаря, що здійснюється за наявності показань для такої госпіталізації відповідно до раніше погоджених дати і часу госпіталізації. До планової госпіталізації відносяться всі госпіталізації, крім Екстрених (ургентних) госпіталізацій;
- 1.21. **Провідний фахівець (комерційної клініки)** – це лікар високої кваліфікації, що зазвичай має, але не обмежується, науковий ступінь (професор, доктор (кандидат) наук тощо) та/ або обіймає посаду провідного (головного) фахівця, експерта напрямку тощо та вартість консультації якого вища ніж у звичайних лікарів відповідного фаху у даному медичному закладі.
- 1.22. **Програма страхового продукту «Медичне страхування» (або Програма страхування, Програма)** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються Страхувальнику окремо в межах цих Загальних умов, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту (лімітів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу (у разі визначення), видом та розміром франшизи;
- 1.23. **Професійні хвороби (професійна патологія)** – це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Перелік професійних захворювань

визначено постановою Кабінету Міністрів України від 08.11 2000 р. № 1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань». Діагностика та встановлення первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами законодавства України;

1.24. **Розлад здоров'я** – зміни стану здоров'я, пов'язане з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму (травма, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля тощо, а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими, ліками тощо);

1.25. **Розрахункова клініка** – референтний медичний заклад, за вартістю послуг якого відбувається розрахунок розміру страхового відшкодування Застрахованим особам, які самостійно отримали та оплатили медичні послуги в медичних закладах поза списком Страховика (вартість послуг в яких більше за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах (клініках);

1.26. **Стационарна допомога/госпіталізація** – вид медичної допомоги для лікування Застрахованої особи, яку вона отримує за наявності відповідних показань у стаціонарних умовах медичної установи протягом безперервного періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години на добу та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу.

Стационарна допомога/госпіталізація може бути екстреною (ургентною) або надаватися в плановому порядку;

1.27. **Стоматологічна допомога** – це комплекс заходів, який включає обстеження, стоматологічну терапевтичну, хірургічну допомогу, якщо інше не передбачено вибраною Страхувальником Програмою страхування та/ або Договором страхування. Стоматологічна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку;

1.28. **Сторони Договору страхування** – Страховик та Страхувальник;

1.29. **Страхова виплата** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування;

1.30. **Страхова премія** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування;

1.31. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені обсяги зобов'язань (ліміти зобов'язань) Страховика за окремим страховим випадком, опцією в межах страхового випадку або по групі страхових випадків;

1.32. **Страхове покриття** - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування;

1.33. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування;

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

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

1.36. **Страховик** – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ»;

1.37. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, або фізична особа – приватний підприємець, яка уклала із Страховиком Договір страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування, об'єктом якого є його життя, здоров'я, працездатність, на власну користь - одночасно є Застрахованою особою;

1.38. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування;

1.39. **Телемедицина (онлайн консультування)** – дистанційне надання медичних послуг за допомогою використання з використанням телекомунікацій та комп'ютерних технологій та засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією (телефон, комп'ютер) в аудіо або відео форматі;

1.40. **Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків,

так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи;

1.41. **Хронічне захворювання** – це захворювання, що має затяжний перебіг або повільний розвиток. При хронічному захворюванні патологічні зміни (морфологічні зміни та/або функціональні розлади) тканин та органів присутні завжди, як в період загострення, так і в період ремісії. Хронічне захворювання характеризується періодами загострення та періодами затухання хвороби (ремісією);

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

1.43. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі страхування, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

1.44. Договір страхування може містити інші поняття і терміни, не вказані в цих Загальних умовах, або містити зазначені терміни в іншій інтерпретації, уточнені та/або деталізовані, що визначається за домовленістю сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.

2.1. **Об'єктом страхування** є - життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, зазначеної у Договорі страхування;

2.2. **Страхові ризики:**

2.2.1. Гостре захворювання;

2.2.2. Загострення хронічного захворювання;

2.2.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

2.3. **Страховий випадок** – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.2.1.-2.2.3. цих Загальних умов, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування або шляхом оплати їх вартості.

2.3.1. Договором страхування визначаються ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком, уключаючи вид медичної допомоги, що надається Застрахованій особі, мінімальна тривалість лікування, ознаки тяжкості розладу здоров'я, перебігу хвороби, певний перелік травматичних ушкоджень, інших розладів здоров'я, хвороб, станів, що включені до або виключені із страхового покриття за Договором страхування.

2.3.2. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.

2.3.3. Умовами Договору страхування може бути передбачено відшкодування Страховиком витрат, пов'язаних із настанням страхового випадку із Застрахованою особою, та/або спрямованих на запобігання настанню страхового випадку (уключаючи профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги).

2.3.4. Загальні умови містять Програми, які включають різні складові страхового покриття та інші умови страхування, та які можуть пропонуватися Страхувальнику окремо в межах цих Загальних умов.

2.4. **Страхова сума. Страховий тариф. Страхова премія. Ліміти відповідальності. Франшиза.**

2.4.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладення Договору страхування.

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

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

2.4.4. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування (надалі - Програми): «Соціальна», «Молодіжна», «Економ», «Стандарт», «Люкс», «Еліт», «VIP» «VIP+», які включають в собі різні варіанти та комбінації медичних послуг за напрямками:

- **"Амбулаторно-поліклінічне лікування"**. Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару.
- **"Стаціонарне лікування"**. Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) при стаціонарному лікуванні в відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях.
- **"Швидка та невідкладна медична допомога"**. Страховик гарантує оплату медичної допомоги, яка була надана Страхувальнику (Застрахованій особі) загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої та невідкладної медичної допомоги.
- **"Стоматологічна допомога"**. Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг по стоматології, які були надані Страхувальнику (Застрахованій особі).

2.4.5. На умовах кожної з зазначених вище Програм, Страховик гарантує оплату комплексної медичної допомоги або компенсацію медичних витрат Страхувальника, яка була надана Страхувальнику (Застрахованій особі) за напрямками **"Амбулаторно-поліклінічне лікування"**, **"Стаціонарне лікування"**, **"Швидка та невідкладна медична допомога"**, **"Стоматологічна допомога"** з різними лімітами відповідальності Страховика, зазначеними в Договорі страхування.

2.4.6. Програми страхування можуть включати інші, додаткові напрями медичних послуг за згодою Сторін з погодженими в Договорі страхування лімітами та обмеженнями.

2.4.7. Програми медичного страхування можуть передбачати забезпечення Страхувальника (Застраховану особу) необхідними для лікування медикаментами та засобами медичного призначення, з визначеними лімітами, якщо інше не обумовлено умовами Договору страхування.

2.4.8. Програми страхування з встановленими лімітами та обмеженнями/виключеннями є додатками до Договору страхування.

2.4.9. Договір страхування за узгодженням Сторін може передбачати власну участь Страхувальника (Застрахованої особи) в оплаті наданої медичної допомоги та наданих медичних послуг.

2.4.10. В Договорі страхування за узгодженням Сторін може бути зафіксовано кількість днів лікування (певний період захворювання), за які Страховик не несе відповідальності при здійсненні страхової виплати.

2.4.11. Страховий тариф визначається за згодою Страховика та Страхувальника в Договорі страхування. Страховик не зобов'язаний визначати страховий тариф у Договорі страхування згідно з п. 139 Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого Постановою Правління Національного банку України від 25.12.2023 № 182.

2.4.12. Страхова премія за Договором страхування визначається шляхом помноження страхової суми та страхового тарифу та зазначається у Договорі страхування.

2.4.13. Порядок та строки сплати страхової премії визначаються Сторонами у Договорі страхування.

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

2.4.15. Розмір франшизи визначається Сторонами у Договорі страхування.

2.5. Строк страхового покриття

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

2.5.2. Якщо Договором страхування не передбачено інше, Договір страхування набирає чинності з 0 годин (за київським часом) дня, вказаного у Договорі страхування як початок його дії, але не раніше надходження страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами) на рахунок

Страховика, та закінчується о 24 годині (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

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

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

2.5.5. Якщо інше не передбачено Договором страхування, страховий захист щодо Застрахованої особи діє протягом усього строку дії Договору страхування, окрім випадків зупинення дії страхового покриття (зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату в разі настання страхового випадку) через несплату Страхувальником чергової частини страхової премії (при сплаті Страхувальником страхової премії частинами) щодо такої Застрахованої особи в обсязі та строки, встановлені Договором страхування:

2.5.5.1. якщо друга чи наступна частини страхової премії щодо Застрахованої особи не надійшли в строки, визначені Договором страхування як строк сплати частини страхової премії, дія страхового покриття за Договором страхування щодо такої Застрахованої особи зупиняється по всіх випадках після завершення 24 години (за київським часом) дня, до якого Страхувальник має сплатити частину страхової премії згідно з умовами Договору страхування;

2.5.5.2. у разі сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії, страхове покриття щодо такої Застрахованої особи поновлює дію з 00 год 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.

2.5.6. З моменту зупинення дії страхового покриття та до моменту відновлення дії страхового покриття, згідно з п.п. 2.5.5.1. – 2.5.5.2. цих Загальних умов, страховий захист щодо Застрахованої особи за Договором страхування не діє, і Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхових виплат за подіями, що сталися у період зупинення дії страхового покриття за Договором страхування. При цьому, строк дії Договору страхування не змінюється.

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

2.5.8. В межах строку дії Договору може бути встановлений строк страхового покриття, який починається після закінчення строку часової франшизи, визначеної Договором страхування.

2.6. Територія страхового покриття

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

2.6.2. Не зважаючи на умови Договору страхування, страхове покриття не поширюється на територію/район воєнних або бойових дій, а також на територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України, територію/зону проведення антитерористичної операції, територію/зону проведення операції об'єднаних сил, зону воєнних або збройних конфліктів.

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

3.1. *Страхувальник має право:*

3.1.1. До укладання Договору страхування отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору страхування, інформацію про Страховика, страхового посередника (якщо Договір страхування укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України.

3.1.2. У випадку втрати примірника Договору страхування отримати у Страховика дублікат Договору страхування або його копію.

3.1.3. При настанні страхового випадку одержати страхову виплату в порядку та на умовах передбачених Договором страхування або отримати страхове відшкодування згідно з Договором страхування у порядку компенсації витрат страхувальника або особи, відповідальність якої застрахована, на відшкодування шкоди потерпілому за умови, що такі витрати здійснювалися за згодою Страховика.

3.1.4. Отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору страхування.

3.1.5. Оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати у судовому порядку.

3.1.6. Протягом строку дії Договору страхування, до настання страхового випадку, ініціювати внесення змін до умов Договору страхування та його дострокове припинення в порядку встановленому в Договорі страхування.

3.1.7. Реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

3.2. Страхувальник зобов'язаний:

3.2.1. Перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих витрат/шкоди), та/або надати йому іншу інформацію (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

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

3.2.3. Сплачувати страхову премію у порядку, розмірі та строки, передбачені умовами договору страхування.

3.2.4. Ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у здійсненні страхової виплати);

3.2.5. Протягом дії Договору страхування в письмовій формі повідомляти Страховика у строки встановлені Договором про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих витрат/шкоди), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;

3.2.6. Виконувати рекомендації Страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику, а також самостійно вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

3.2.7. Виконувати інструкції Страховика, компетентних органів або їх уповноважених представників та надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

3.2.8. Надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків;

3.2.9. Надати Страховику можливість розслідувати причини та обставини страхового випадку;

3.2.10. Повідомити Страховика та Вигодонабувача про інші діючі договори страхування відносно об'єкта страхування;

3.2.11. Інформувати страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування.

3.2.12. Належним чином виконувати умови Договору страхування та вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку та виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

3.2.13. Не розголошувати відомості, що становлять таємницю страхування та стали відомі Страхувальнику у зв'язку з укладанням та виконанням цього Договору, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

3.2.14. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника.

3.3. Страховик має право:

3.3.1. Отримувати від страхувальника необхідну інформацію для виконання зобов'язань за договором страхування та перевіряти інформацію, надану Страхувальником, а також виконання ним вимог та умов Договору страхування.

3.3.2. Самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, обставини і наслідки страхового випадку, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування».

3.3.3. Відстрочити виплату страхового відшкодування до прийняття рішення слідчими або судовими органами, а також органами, уповноваженими розглядати справи про адміністративні правопорушення, якщо за подією, що привела до страхового випадку, внесені відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань, ведеться слідство в справах про адміністративне або кримінальне правопорушення, але не більше, ніж на 2 місяці з моменту настання страхового випадку для справ про адміністративне правопорушення і з моменту внесення відомостей до Єдиного реєстру досудових розслідувань - для справ про кримінальне правопорушення. Під рішенням розуміється будь-який акт уповноваженого органу, на підставі якого припиняється, призупиняється провадження, розслідування або слідство по справам про адміністративне або кримінальне правопорушення.

3.3.4. Відмовити у виплаті страхового відшкодування/здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України;

3.3.5. Ініціювати дострокове припинення дії договору страхування в порядку, встановленому в Договорі страхування.

3.3.6. Вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням;

3.3.7. Вимагати від Страхувальника або Застрахованої особи (чи Вигодонабувача) повернення страхової виплати (або відповідної його частини) за наявності встановлення Страховиком фактів чи обставин, які повністю або частково звільняють позбавляють Страхувальника або Застрахованої особи (чи Вигодонабувача) права отримати таку страхову виплату;

3.3.8. Реалізовувати інші права, передбачені Договором страхування та законодавством України.

3.4. Страховик зобов'язаний:

3.4.1. До укладення Договору страхування на підставі отриманої інформації від Страхувальника з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні.

3.4.2. Перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про Страховика у обсязі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору страхування або про відмову від укладання Договору страхування;

3.4.3. Встановити факт, причини та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування.

3.4.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору страхування, а також відшкодувати витрати, понесені Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування, за умови їх документального підтвердження.

3.4.5. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника/Вигодонабувача у строки визначені Договором страхування з обґрунтуванням причин відмови.

3.4.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника/Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом.

3.4.7. Виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

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

3.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі **0,01% від суми простроченого платежу** за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.

3.7. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором страхування і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором страхування, якщо надання послуги поставить Страховика під загрозу застосування будь-яких санкцій, заборон чи обмежень Організації Об'єднаних Націй або торгових чи економічних санкцій, закону і правил Європейського Союзу, Сполученого Королівства та Сполучених Штатів Америки.

3.8. Сторона Договору страхування звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору страхування під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.

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

4.1. Внесення змін та доповнень до Договору страхування можливе лише за взаємною письмовою згодою Страховика, Страхувальника, що оформлюється додатковим договором та є невід'ємною складовою частиною Договору страхування.

4.2. Дія Договору страхування припиняється та Договір страхування втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

- 1) закінчення строку дії Договору страхування;
- 2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (або Вигодонабувачем) у повному обсязі;
- 3) несплати страхувальником страхової премії або чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір вважається достроково припиненим з 00 годин дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії.
- 4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
- 5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 6) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
- 7) в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

4.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

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

4.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

4.6. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

4.8. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого Договору страхування та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким Договором страхування.

4.9. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, складає **60%** від страхової премії.

4.10. У разі відмови Страхувальника від внесення змін до Договору страхування щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії Договору страхування виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційних витрат) Страховик має право достроково припинити Договір страхування у порядку, передбаченому цими Загальними умовами.

4.11. Повернення коштів страхової премії здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії Договору, якщо інше письмово не погоджено між Сторонами Договору страхування.

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

4.13. Договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:

- його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
- у страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

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

а) Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

б) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором.

При цьому про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі за місцезнаходженням Страховика, або шляхом надсилання електронного документу на адресу Страховика: office@exposk.com.ua, з накладенням на таке повідомлення електронного підпису Страхувальника та вказує банківські реквізити, на які Страховик має повернути сплачену Страхувальником страхову премію за таким Договором страхування.

5.2. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з цими Загальними умовами, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

6.1. При виникненні події, що в подальшому може бути кваліфікована Страховиком як страховий випадок, Застрахована особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження, відразу після настання страхового випадку, але не пізніше 3 (Трьох) робочих днів (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо), звернутися до Страховика за номером телефону, що зазначений у Договорі страхування /Посвідченні Застрахованої особи (сертифікаті, полісі, свідоцтві, пластиковій картці), повідомити про подію та отримати інформацію щодо подальших дій.

6.2. При зверненні до Страховика, Застрахованій особі необхідно надати лікарю-координатору Страховика / Асистуючій компанії наступну інформацію:

- прізвище, ім'я та по батькові;
- номер Договору страхування або Посвідчення Застрахованої особи (сертифікату, полісу, свідоцтва, пластикової картки тощо);
- місце роботи Застрахованої особи;
- причину звернення (детальний опис події);
- контактний телефон, місцезнаходження.

6.3. Вищевказане повідомлення може також здійснюватися у письмовій формі, засобами електронного зв'язку (електронною поштою, соціальними мережами), через мобільні додатки або сайт Страховика.

6.4. Страховик/Асистуюча компанія проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає консультації, організовує консультацію у лікаря (в тому числі і будь-якими засобами зв'язку) та, у разі необхідності, направляє Застраховану особу у відповідний Медичний заклад, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Страховика/ Асистуючої компанії.

6.5. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими співпрацює Асистуюча компанія, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.6. Медична допомога (медичні послуги) за Договором страхування надаються Застрахованій особі при наявності документу, що посвідчує особу.

6.7. Якщо умовами Договору страхування передбачена франшиза, Застрахована особа повинна оплатити частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У виключних випадках

(коли медичний/аптечний заклад не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи), Страховик має право вимагати від Застрахованої особи повної оплати вартості медичних послуг, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Асистуючою компанією до надання таких послуг.

6.8. Застрахована особа в екстрених випадках має право самостійно (без попереднього повідомлення та узгодження зі Страховиком /Асистуючою компанією звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги в будь-який медичний заклад з правом подальшого отримання страхової виплати лише у випадках надання екстреної медичної допомоги (при станах, які загрожують життю). Факт надання екстреної медичної допомоги повинен бути зафіксований у відповідній медичній документації.

В такому випадку, повідомлення про звернення Застрахованої особи за отриманням екстреної медичної допомоги передається Страховику у відповідності до умов Договору не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання екстреної медичної допомоги або відразу, як тільки це стане можливим. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

6.9. У випадку відсутності в місці перебування Застрахованої особи медичних закладів, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Застрахована особа самостійно організовує та оплачує медичні послуги, про що вона попереджає Страховика/ Асистуючу компанію за телефоном бо іншим зручним засобом зв'язку. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи на умовах, визначених Договором страхування.

6.10. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника/ Застраховану особу (або Вигодонабувача у разі призначення).

6.11. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші дії Страхувальника при настанні події, що має ознаки страхового випадку.

7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ВИТРАТ

7.1. За умови організації послуг Асистуючою компанією Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів через Асистуючу компанію, медичним закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі відповідно до умов Договору страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання Застрахованою особою послуг та визначають їх вартість. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається відповідно до укладених договорів між Асистуючою компанією та медичним закладом, який обслуговує Застраховану особу.

7.2. У випадках, коли Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги відповідно до умов Договору страхування (якщо це передбачено Договором страхування та/або погоджено з Асистуючою компанією) Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі (або Вигодонабувачу) на підставі наступних документів:

7.2.1. заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);

7.2.2. копії паспорта громадянина України у формі книжечки (1,2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) або ксерокопії паспорта громадянина України у формі пластикової картки з обох сторін (ID-картки) особи, що отримує страхову виплату;

7.2.3. копії довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ПІН), особи, що отримує страхову виплату);

7.2.4. У разі самостійного звернення в медичні заклади, додатково до вищезазначених документів, надається:

7.2.4.1. касовий (фіскальний) чек та товарний чек або квитанція про сплату (прибутково-касовий ордер) з переліком і вартістю наданої медичної послуги (актом виконаних робіт (наданих послуг), печаткою медичного закладу із зазначенням ПІБ та підписом особи, що видала вищезазначені документи (крім касового чека). При зверненні до спеціаліста (фізичної особи – підприємця) – витяг або виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань,

копія ліцензії на медичну практику (якщо діяльність вимагає ліцензії), копія свідоцтва платника податку (за наявності), витяг з преїскуранту;

7.2.4.2. консультативний висновок, копія або витяг з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування), що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг (з підписом та печаткою лікаря).

7.2.5. у випадку придбання медикаментів в аптеках, додатково до вищезазначених документів, надається:

7.2.5.1. касовий (фіскальний) чек;

7.2.5.2. товарний чек із зазначенням прізвища Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи, ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек;

7.2.5.3. рецепт на медикаменти та/або засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, прізвище пацієнта, печатку, ПІБ та підпис лікаря, що виписав рецепт;

7.2.5.4. консультативний висновок, копії або витяги з амбулаторної карти або з історії хвороби (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу), що підтверджують необхідність придбання відповідних медикаментів та/або засобів медичного призначення.

7.2.6. у випадку отримання страхової виплати спадкоємцем, додатково надаються: копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ про правонаступництво – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із зазначенням частки страхових виплат.

7.3. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірені. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.

7.4. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Застраховану особу (або Вигодонабувача).

7.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

7.6. Конкретний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди а також форма, спосіб та порядок подання таких документів визначається Сторонами у Договорі страхування.

8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

8.1. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом:

8.1.1. здійснення страхової виплати Медичним закладам, які надавали медичні та інші послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, або

8.1.2. відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медичних та/або інших послуг в разі настання страхового випадку, відповідно до заяви такої Застрахованої особи (або Вигодонабувача).

8.2. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість, відповідно до розділу 8 цих Загальних умов.

8.3. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичних витрат на медико-санітарну та іншу допомогу Застрахованій особі, попередньо погоджених зі Страховиком/ Асистуючою компанією.

8.4. Розмір страхової виплати не може перевищувати страхову суму, та ліміти по окремим видам медичної допомоги, медичних та інших послуг, встановлених Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

- 8.5. У випадку, якщо за одним страховим випадком подаються документи на відшкодування витрат і виробника (надавача) МСД, і Застрахованої особи, Страховик спочатку на підставі необхідних документів виробника (надавача) МСД, приймає рішення про оплату вартості МСД, а після цього, на підставі заяви та документів Застрахованої особи приймає рішення про відшкодування витрат Застрахованої особи в сумі в межах залишку ліміту відповідальності по цьому страховому випадку.
- 8.6. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування щодо такої Застрахованої особи.
- 8.7. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати (складає страховий акт) або про відмову у страховій виплаті у строк, визначений Договором страхування, після отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення.
- 8.8. Страховик здійснює страхову виплату у строк, визначений Договором страхування.
- 8.9. Договором страхування можуть бути визначені інші розміри та порядок здійснення страхових виплат.

9. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

- 9.1. Порядок прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в договорі страхування або законодавством України.
- 9.2. Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:
- 9.2.1. навмисні дії Страхувальника/ Застрахованої особи/ Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями);
 - 9.2.2. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
 - 9.2.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
 - 9.2.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;
 - 9.2.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;
 - 9.2.6. інші підстави, визначені законодавством та умовами Договору страхування.
- 9.3. Страховик письмово повідомляє Застраховану особу/ Вигодонабувача про відмову у страховій виплаті у строк, визначений Договором страхування, з обґрунтуванням причини відмови.

10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

- 10.1. Страховик укладає Договір страхування на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування.
- 10.2. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.
- 10.3. Договір страхування може укладатися із поданням Страхувальником заяви на страхування, в якій зазначається перелік обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику при укладенні Договору страхування.
- 10.4. Страхувальник перед укладенням Договору страхування (в тому числі у заяві на страхування, якщо Договір страхування укладається на підставі такої заяви) зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру

можливих збитків), у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за договором страхування, а саме:

- відомості про Застраховану особу: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження та інша інформація щодо ідентифікації Застрахованої особи відповідно до законодавства України та/або на вимогу Страховика та/або страхового посередника;
- відомості про Вигодонабувача (у разі призначення такої особи в Договорі страхування): найменування або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження та інша інформація щодо ідентифікації Застрахованої особи відповідно до законодавства України та/або на вимогу Страховика та/або страхового посередника;
- інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування, уключаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі страхування);
- інформація про чинні договори страхування, укладені стосовно об'єкта страхування;
- наявність або відсутність захворювань у Застрахованої особи, що є обмеженням страхування та виключенням із страхових випадків;
- наявність станів або хвороб у Застрахованої особи, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

10.5. Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування, має бути повною, достовірною та актуальною на дату укладання Договору страхування.

10.6. При укладенні Договору страхування Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи.

10.7. На вимогу Страховика Страхувальник має надати Страховику документи з метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

10.8. У разі зазначення у Договорі страхування Застрахованої особи (та/або Вигодонабувача,) стосовно якої Страхувальник здійснює страхування, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку Застраховану особу (та/або Вигодонабувача) про укладений на її користь Договір страхування.

10.9. Якщо умовами Договору страхування на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за таким Договором, Страховик повинен отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи.

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

11.1. Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, яке відбулося внаслідок та/або під час наступних подій:

- вчинення Страхувальником/Застрахованою особою протиправних, навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку;
- навмисного спричинення Страхувальником (Застрахованою особою) шкоди своєму здоров'ю, зокрема спроби самогубства, відмовою від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотриманням призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму;
- свідомого невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) призначень лікаря і створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу;
- вживання алкоголю та/або наркотичних та/або токсичних речовин та/або ліків, не призначених лікарем;
- самолікування, або лікування у ЛПЗ та/або окремих лікарів, що не мають ліцензії на медичну діяльність, або що здійснювалось без погодження зі Страховиком чи його офіційним представником;
- служби у Збройних силах України та/або роботи в правоохоронних структурах та/або у пожежних чи охоронних структурах;
- особливого, надзвичайного або військового стану, громадянської війни, військового вторгнення, дій іноземних ворогів, будь-яких громадських заворушень та/або порушень громадського порядку та/або терористичних актів;
- хімічного та/або бактеріологічного та/або радіаційного забруднення навколишнього середовища;

- польотів у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа перебуває на борту як пасажир у цивільному авіатранспорті, власник якого мав ліцензію на пасажирські перевезення.

11.2. Отримання Застрахованою особою медичних послуг поза обумовленої цим Договором території його дії та/або в медичних закладах, не передбачених Програмою страхування без погодження з Страховиком.

11.3. Будь-яке захворювання або його наслідки, яке було діагностовано у Застрахованій особі до моменту укладення Договору страхування та інформацію про яке Страхувальник/Застрахована особа не повідомив/ла або навмисно спотворив/ла у декларації про стан здоров'я.

11.4. Винятками з страхових випадків є наступні захворювання та/або стани Застрахованої особи:

- хронічне захворювання будь-якого типу в фазі ремісії та/або загострення хронічного захворювання та/або гостре захворювання та/або ускладнення захворювання, яке виникло до початку дії цього Договору (незалежно від діагностування), крім випадків виникнення загострення під час дії Договору тих хронічних захворювань, що виникли до його укладення;
- професійні захворювання;
- психічні захворювання та їх наслідки, пограничні стани, психологічні розлади;
- вроджені аномалії, вади, спадкові захворювання, хромосомні аномалії, деформації, пороки, вади та дефекти розвитку, станів та відхилень від норми;
- венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом;
- ВІЛ-інфікування, СНІД та погіршення стану здоров'я пов'язані із ВІЛ-інфікуванням; особливо небезпечні інфекції;
- вагітність та погіршення стану здоров'я, спричинене вагітністю, штучне переривання вагітності (крім переривання вагітності за медичними показаннями);
- чоловіче чи жіноче безпліддя та будь-які заходи щодо регулювання народжуваності та/або порушень статевої функції;
- оперативні втручання та лікування, пов'язані зі зміною статі;
- лікування захворювань та станів, що потребує замісної гормональної терапії та/або препаратів для постійного та тривалого прийому, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги;
- будь-які хронічні захворювання в стадії декомпенсації;
- захворювання крові;
- системні захворювання сполучної тканини;
- хронічна ниркова недостатність, яка потребує проведення гемодіалізу;
- гепатити, цирози печінки;
- хронічні дерматози (псоріаз, нейродерміт, екзема, вітиліго, інші);
- мікози шкіри і внутрішніх органів;
- цукровий діабет (як основне, так і супутнє захворювання);
- муковісцидоз, незалежно від клінічної форми і стадії розвитку;
- туберкульоз;
- новоутворення;
- хвороби ока та його придаткового апарату, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги;
- захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексних карантинних заходів; стани, які супроводжуються бактеріо- чи вірусоносійством без наявності клінічних ознак захворювання, в тому числі синдром хронічної втоми;
- пародонтоз, гінгівіт, естетичне, профілактичне стоматологічне лікування, протезування (якщо інше не передбачено Договором та Програмою страхування);

11.5. Страховик не покриває та не відшкодовує витрати пов'язані з:

- отриманням медичних послуг без погодження зі Страховиком чи його уповноваженим представником та/або не передбачених Програмою страхування та/або після закінчення строку дії цього Договору, в тому числі при достроковому припиненні його дії;
- трансплантацією органів та тканин, окрім випадків алло-аутоотрансплантації шкіри за життєвими показаннями при опіковій хворобі;
- плановим оперативним втручанням із застосуванням апарату штучного кровообігу;

- проведенням пластичних, косметичних та естетичних оперативних втручань, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасних випадків; коригуванням маси або хірургічним лікуванням ожиріння;
- використанням і підбором коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв (окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів і т. ін.), протезуванням (в тому числі стоматологічним);
- оплатою допоміжних засобів: милиць, інвалідних колясок тощо;
- використанням методів нетрадиційної медицини (фітотерапії, гомеопатії, лікування біологічно активними добавками, акупунктури, гідро-процедур, діагностики та лікування за методом Фоля/Накатані, мікрохвильової/інформаційної терапії, еферентних методів, гіпнозу, тощо);
- експериментальним лікуванням;
- медичною реабілітацією, що продовжується після 10-го дня від початку реабілітаційного курсу;
- забезпеченням індивідуального дієтичного/посиленого харчування та/або поліпшених побутових умов під час перебування в лікувальному закладі;
- санаторно-курортним лікуванням;
- необґрунтованою госпіталізацією Застрахованої особи у стаціонар;
- медичним обстеженням без погіршення стану здоров'я (медкомісія водіїв, допризовників і призовників, для отримання дозволу на носіння зброї і таке інше).
- діями Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (наприклад керування транспортним засобом без відповідних прав, або недотримання правил безпеки на виробництві, що призвело до нещасного випадку на підприємстві, виплата в даному випадку проводиться згідно Постанові ФСС від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 27.04.2007 № 24, п. 2.3.);
- діями невластивих щоденній життєвій та професійній діяльності Застрахованої особи, в тому числі заняття небезпечними видами спорту: альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, автоспортом, кінним спортом, парашутним спортом, дайвінгом та т.п.
- витратами на стоматологію, якщо інше не передбачено програмою страхування;
- витратами на щелепо-лицьову хірургію, окрім гострих гнійних процесів, а також нещасних випадків;
- витратами на оперативну офтальмологію, окрім нещасних випадків, якщо інше не передбачено програмою страхування.
- жінками з терміном вагітності понад 8 (вісім) тижнів (Договір страхування припиняє свою дію стосовно таких Застрахованих осіб);
- захворюваннями органів репродуктивної сфери (порушень менструального циклу, безпліддя, сексуальної дисфункції, простатити (окрім гострого неспецифічного), імпотенції, штучне запліднення, запобігання вагітності, послуг з планування сім'ї, стерилізації, лікування та діагностики TORCH інфекцій, проведення абортів без медичних показань, полікістозу яєчників, клімактеричного синдрому, гіперандрогенії, фіброаденоматоз, гіперпролактинемії, мастопатії, ендометріозу; лікування препаратами-аналогами гонадотропін-релізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо); використання гормональної спіралі типу «Мірена») та підбору методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС);
- захворюваннями ендокринної патології, в т.ч. цукровий діабет, окрім вперше виявлений у житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, коли оплачується перший курс лікування в стаціонарному відділенні тривалістю до 10 (десяти) діб, а також невідкладні стани (гіпоглікемічних та гіперглікемічних ком, тиреоїдної коми і таке інше); не є страховим випадком комплексне лікування захворювань та станів, що потребують коригуючої терапії (анти тиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів), якщо це не передбачено програмою;
- злоякісними захворюваннями, в тому числі кровотворної та лімфатичної тканин, крім випадків вперше виявленого захворювання у житті Застрахованої особи під час дії цього Договору, коли оплачується перший курс оперативного лікування (а саме оперативне втручання) в межах встановлених лімітів згідно Програми страхування;
- консервативним та оперативним лікуванням доброякісних пухлин (у тому числі аденома простати), окрім невідкладних станів (якщо інше не передбачено Програмою страхування);
- лікуванням вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань та станів;
- оперативним втручанням на щитовидній залозі, окрім злоякісних утворень, які виникли під час дії цього Договору;
- лікуванням променевої хвороби;

- лікуванням гострих та хронічних захворювань крові та органів кровотворення, окрім гострої крововтрати;
- лікуванням туберкульозу у випадку діагностування захворювання до дати укладання Договору (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано у період дії Договору, відповідно лімітам Програми страхування);
- лікуванням системних захворювань сполучної тканини, аутоімунних захворювань, хронічних аутоімунних артритів та спондилопатій (Хвороба Бехтерева та ін.), ревматизму, ревматоїдного артриту, синдрому хронічної втоми, імунodefіциту; хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, саркоїдозу, амілоїдозу, лікування та діагностики персистуючих інфекцій (наприклад: HerpesZoster, HerpesLabialis та інше);
- діагностикою та лікуванням вікових та хронічних дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань та їх ускладнень, що призводять до стійкого порушення функцій руху (деформуючого остеоартрозу, остеопорозу, остеохондрозу, окрім препаратів для купування гострого болювого синдрому), енцефалопатії, подагри, сколіозу, плоскостопості, якщо інше не передбачено програмою страхування;
- лікуванням вроджених інфекційних захворювань;
- діагностикою та безпосередньо лікуванням класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз), інфекцій, що передаються статевим шляхом (гاردнерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, та інші), з переважним ураженням статевих органів, а також інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, ВІЛ (СНІД);
- діагностикою (за винятком первинної одноразової якісної) та лікування хронічних гепатитів, цирозів печінки, гепатозів та гострих форм інфекційних гепатитів (за винятком гепатиту А при стаціонарному лікуванні в рамках ліміту, передбаченого програмою страхування);
- лікуванням хронічних захворювань ЛОР-органів поза стадією загострення, а також лікування кіст ППН, поліпів ЛОР-органів, викривлень носової перегородки, хронічних ринітів, тонзилектомії і таке інше, якщо інше не передбачено програмою страхування;
- лікуванням захворювань, що мають характер епідемій та пандемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів;
- лікуванням набутого імунodefіциту та порушення імунітету;
- лікуванням розсіяного склерозу;
- лікуванням та діагностикою грибкових захворювань шкіри та внутрішніх органів, псоріазу, екземи, дифузного випадіння волосся, себорейного дерматиту, демодекозу, оніходистрофії, педикульозу, гіперкератозів, контагіозного моллюску, корости, вугрової хвороби, вітіліго, гельмінтозів, паразитарних захворювань, в тому числі інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.), рожевий лишай Жебера;
- лікуванням стійких наслідків раніше перенесених травм і захворювань (ОНМК, ЧМТ, інсульт), стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи;
- лікуванням нервово-м'язових захворювань, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, окрім випадків, коли йде мова про надання невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи;
- оплатою штучного водія ритму, клапана та інших імплантатів при захворюваннях серця, судин, нервової та опорно-рухової систем;
- лікуванням хронічних варикозних хвороб і хронічного тромбофлебиту нижніх кінцівок поза стадією загострення (в тому числі оперативні втручання), геморою (в тому числі оперативні втручання, окрім випадків гострої кровотечі);
- лікуванням ендогенних психічних захворювань, лікуванням алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, а також стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, незалежно від термінів виявлення, а також діагностики вмісту алкоголю або наркотиків в біосредах;
- лікуванням психічних розладів та розладів поведінки; порушення мови; епілепсії, в т.ч. посттравматичної; корекції психоемоційних порушень; неврозів та неврозоподібних станів; синдрому Паркінсона, розладів сну;
- витратами на косметичні, пластичні, реконструктивні операції та витратні матеріали і одноразовий інструментарій для їх виконання (в т.ч. для герніопластики кил (окрім медикаментів на оперування у випадках ущемлення), риноластики тощо), операції по усуненню недоліків зовнішності

або інших фізичних вад та дефектів, корекцію ваги, видалення колоїдних рубців, якщо інше не передбачено програмою страхування;

- оперативним втручанням, пов'язаного з пересадкою органів, їх пошуком, доставкою, оплатою донорів, планових операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), протезуванням, ендпротезуванням та імплантацією;
- всіма видами нетрадиційних методів лікування;
- лікуванням інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту укладання Договору;
- лікуванням професійних захворювань, відповідно до висновку уповноваженого медичного закладу відповідно до переліку професійних хвороб, затвердженого КМУ;
- захворюваннями, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;
- лікуванням специфічної імунотерапії алергічних захворювань; генетичного тестування та аналізу поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму;
- лікуванням аліментарно-конституціонального ожиріння та метаболічного синдрому, в тому числі зміна ваги, модифікація людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в тому числі хірургічна зміна статі;
- лікуванням захворювань та станів, що мають в основі алергічний компонент (алергічний риніт, медикаментозний дерматит, токсикодермія.), окрім станів набряку Квінке та анафілактичного шоку.

11.6. Страховик не відшкодовує Застрахованій особі, якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування, витрати на:

- медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані Міністерством охорони здоров'я України;
- біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, ензими загальної дії, про- та еубіотики, бактеріофаги, фітопрепарати, гомеопатичні, імуностимулятори, ноотропи, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, загальнозміцнюючі засоби, препарати які запобігають каменеутворенню, поліферменти, протигрибкові препарати, плазмозамінники та колоїдні розчини, окрім випадків їх входження до стандарту лікування, протипаразитарні засоби, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, препарати, які оподатковуються ПДВ, препарати хондропротекторної дії, біфосфонати та інші препарати, що впливають на структуру і мінералізацію кісток, препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, препарати, що знижують рівень ліпідів в крові, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів; вітаміни, гепатопротектори, окрім випадків коли вони входять до стандартів лікування, якщо інше не передбачено програмою страхування;
- медичні лікувальні та діагностичні прилади, засоби медичного призначення, в тому числі: шовний матеріал, гемостатичні губки та тампони, катетери, дихальні фільтри, пристрої, медичне обладнання, та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенти, шунти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, комір Шанця, бандаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези, ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу), скоби для степлера, ендоскопічні стійки, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, петлі для поліпектомій. та ін.), медичний інструментарій (окрім шприців, крапельниць), а також одноразових хірургічних матеріалів, що необхідні для проведення хірургічного втручання).
- відшкодування вартості двох і більше аналогічних за хімічним складом препаратів (окрім випадків, коли 1 (один) препарат місцевої, а 2 (другий) препарат загальної дії застосовується в умовах стаціонару), відшкодування двох препаратів аналогічних за механізмом дії, двох препаратів, направлених на один симптом, а також препаратів, призначених з метою профілактики, протиалергічних препаратів;
- покриття повторних медичних обстежень Застрахованої особи, або придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних медичних показань (за відсутності призначення лікаря, що лікує);
- профілактичне та/або реабілітаційне лікування, лікування наслідків раніше перенесених захворювань, мануальну терапію або лікувальний масаж, косметичний та оздоровчий масаж, фізіотерапевтичні процедури, а також засоби для них, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів;
- захворювань чи наслідків травм, по яких встановлено групу інвалідності, медикаментозне забезпечення терапії даних захворювань;

- застосування екстракорпоральних методів лікування:
 - плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація;
 - озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та ін.;
- лікування та діагностику що не відповідають чинним стандартам протоколів діагностики, лікування, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я України;
- лікування хронічного захворювання в стадії ремісії;
- діагностику та лікування захворювань після постановки кінцевого діагнозу, що відноситься до переліку виключень;
- сплачені рахунки на благодійні внески, внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній.

11.7. Страховик не несе відповідальність у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку.

11.8. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України. Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається Сторонами у Договорі страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

12.1. Всі спори та суперечки, пов'язані з виконанням умов договору страхування, вирішуються шляхом переговорів.

12.2. В разі недосягнення сторонами договору згоди спори вирішуються в судовому порядку згідно з чинним законодавством України.

12.3. Страхувальник має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг до Національного банку України (орган, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг):

- Адреса: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, Телефон: 0-800-505-240
- Веб-сайт: bank.gov.ua, E-mail: nbu@bank.gov.ua
- Для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601.
- Документи в електронній формі приймаються на електронну скриньку: nbu@bank.gov.ua

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

02002, м Київ, вул. А. Шептицького (раніше Луначарського) 14, офіс 81

Тел. (044) 541-02-02, факс (044) 541-05-75, моб. (067) 569-42-41

в електронному вигляді на адресу: office@expask.com.ua.

АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ

(конкретна назва, адреса та телефони зазначаються в
Договорах страхування та картках медичного страхування)