«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Рішенням Правління
Приватного акціонерного товариства
«Страхова Компанія «Колоннейд Україна»

Протокол № 24-06/24
від 24 червня 2024 року

Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» № 0016

Київ - 2024

ЗМІСТ

Титульний аркуш **1**

ЗМІСТ **2**

ПРЕАМБУЛА **3**

Розділ 1. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування **3**

Розділ 2. Умови страхового покриття за Договором страхування. Програма страхування. Територія страхування **8**

Розділ 3. Порядок укладення Договору страхування **9**

Розділ 4. Порядок вступу Договору в дію **10**

Розділ 5. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору **10**

Розділ 6. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, правові наслідки **12**

Розділ 7. Порядок відмови від Договору **15**

Розділ 8. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку. .....

Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку **15**

Розділ 9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат **16**

Розділ 10. Підстави відмови у страховій виплаті **19**

Розділ 11. Винятки (Виключення) із страхових випадків та обмеження страхування **20**

Розділ 12. Відповідальність Сторін за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору **24**

Розділ 13. Порядок вирішення спорів **25**

Розділ 14. Захист персональних даних **25**

Розділ 15. Інші умови **25**

ПРЕАМБУЛА

1. Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» (далі за текстом також – «Загальні умови» або «Продукт») складені на підставі та відповідно до вимог чинного законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України (надалі - НБУ) та є внутрішнім документом ПрАТ СК «Колоннейд Україна» (далі за текстом також – «Страховик»), який визначає умови здійснення Страховиком страхування за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

2. Вимоги до класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» визначаються Положенням про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, затвердженого постановою Правління НБУ від 25.12.2023 №182.

3. Якщо інше не визначено чинним законодавством України, Договір «Медичного страхування» (далі за текстом також – «Договір» або «Договір страхування») укладається відповідно до даного Продукту та на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування, отриманої за відповідними класами (ризиками у межах відповідного класу) страхування і характеризується обов'язком страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором страхування.

Страхове покриття згідно із Загальними умовами цього Продукту за класом страхування 2 не включає страхування на випадок хвороби. Тут і надалі в тексті Загальних умов та Договорі за класом страхування 2 вказується «Медичне страхування».

4. Умови цього Продукту не є стандартним страховим продуктом у розумінні статті 86 Закону України «Про страхування», звідси – під час укладання кожного окремого Договору його Сторони мають право передбачити індивідуально визначені умови залежно від обставин, які мають значення для укладання такого Договору.

5. Ці Загальні умови страхового продукту починають свою дію з 01.07.2024 року.

Строк дії цих Загальних умов – безстроковий.

Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким же чином, як і нові Загальні умови страхового продукту.

Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту, попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію. Нові договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

Договір, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на Загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.

6. Страхування здійснюється на підставі Договору страхування, який укладається відповідно до Загальних умов страхового Продукту, якщо інше не визначено чинним законодавством України. Умови, що визначені даними Загальними умовами щодо обсягу страхового покриття та інші умови страхування, можуть уточнюватись (конкретизуватись) та звужуватись умовами Договору страхування та які не суперечать одна одній.

7. 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, або в інший спосіб за домовленістю.

8. Компанія не пропонує даний страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

Розділ 1. Визначення понять і термінів, що вживаються в Договорі страхування

Основні поняття і терміни, які застосовуються в Договорі страхування, визначені наступним їх змістом:

1.1. **Договір страхування (Договір)** – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату/страхове відшкодування Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Укладення Договору страхування посвідчується страховим полісом, сертифікатом. Сторонами Договору страхування є Страховик та Страхувальник, кожен з яких іменується окремо як Сторона, а разом – Сторони.

1.2. **Страховик -** Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «Колоннейд Україна», код ЄДРПОУ 25395057, адреса: 04070, Україна, м.Київ, вул. Іллінська 8, 11 під'їзд, 4 поверх, номери телефонів: +38 044 537 53 90, +38 044 537 53 99

1.3. **Страхувальник** - дієздатна фізична особа, фізичні особи - підприємці, юридичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування. Страхувальники можуть укласти Договір страхування групи осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Цивільна дієздатність фізичної особи - в Договорі це поняття слід розуміти відповідно до визначень Статті 30 Цивільного кодексу України.

1.4. **Застрахована особа (ЗО)** – фізична особа віком до 65 років, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором. Застрахованими особами за Договором страхування є фізичні цивільні особи, які перебувають в Україні на законних підставах, визначені в Переліку Застрахованих осіб (Частина В Договору).

Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування в разі страхування власного здоров'я та працездатності чи страхуванні інших осіб.

Страховик має право передбачити обмеження щодо осіб відповідно до пп. 6.13, 6.14 та 5.6.1. Загальних умов, які подаються на страхування, що у своєму повсякденному житті потребують тривалої сторонньої допомоги, які мають вроджені вади розвитку, перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, мають призначену групу інвалідності тощо, відповідно до котрих окремі категорії осіб можуть бути застраховані з відповідним таким категоріям обмеженням в обсягу відповідальності Страховика або відмовити в укладенні договору страхування щодо таких осіб.

Страховик залишає за собою право відмовити Страхувальнику/Застрахованій особі у прийнятті на страхування у випадках передбачених цим Договором, а також за результатами призначеного Страховиком медичого обстеження та/або у разі недотримання вікових обмежень встановлених для Застрахованих осіб/ родичів Застрахованих осіб та їх ступеню спорідненості.

1.5. **Асистуюча компанія (Асистанс)** - суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених Договором страхування.

Асистуючі послуги - допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов Договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо Страховиком, асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги

(послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу / послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги / таких послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу / такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, уключаючи оплату асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги / таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного Договору зі Страховиком;
Асистуюча компанія (Асистанс) організовує та оплачує медичні послуги від імені та за рахунок Страховика на умовах укладеного із Страховиком договору Доручення.
1.6. **Страхова послуга** - вид фінансової послуги, що надається Страховиком для забезпечення потреби потенційного Страхувальника у страховому захисті на підставі і на умовах Договору страхування.
1.7. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні Страхового випадку.
1.8. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття, що обчислюється Страховиком з урахуванням статистичної інформації щодо настання страхових випадків та ймовірного розміру збитків і визначається за згодою Сторін в кожному окремому Договорі страхування.
1.9. **Страхова премія** (страховий платіж, страховий внесок) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник та/або особа, визначена Договором, зобов'язаний(-і) сплатити Страховику згідно з Договором страхування у відповідних обсягах і терміни, визначені Договором страхування.
1.10. **Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
Страховий ризик, що покривається Договором - це стан здоров'я Застрахованої особи, який виник в період дії Договору страхування, що відповідає визначеним ознакам страхового ризику в межах класу страхування 2 «Медичне страхування» і потребує надання медичної допомоги Застрахованій особі у обсягах, передбачених Програмою страхування.
1.11. **Страховий інтерес** - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника/Застрахованої особи;
1.12. **Страхування (Страховий захист)** - правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати Страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів Страховика, отриманих згідно із законодавством;
1.13. **Страхове покриття** включає сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору або чинного законодавства України.
Строк страхового покриття - період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку під час якого страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору або законодавства.
Строк страхового покриття може ділитися на страхові періоди, які визначаються в Сертифікаті (Частині А Договору), в межах яких діє страхове покриття в залежності від фактичного здійснення оплати страхового платежу Страхувальником в терміни і обсягах, які він зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.
1.14. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася після набуття чинності Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до чинного законодавства.
Страховим випадком по Договору є настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який виник під час дії Договору страхування і потребує звернення Застрахованої особи до медичного, профілактично-оздоровчого або фармацевтичного закладу з метою одержання медичних послуг в обсязі і у межах Програми страхування у зв'язку з:
-захворюванням,
-загостренням хронічного захворювання,
-настанням хвороби, спричиненої нещасним випадком та
-інших розладів здоров'я (станів і хвороб), передбачених Договором страхування, крім тих, які прямо зазначені в Договорі страхування як Виключення.
Кваліфікація страхового випадку здійснюється Страховиком відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (ICD-10 або МКХ-10).
За умовами Договору страхування покриваються випадки, визначені в діагнозі як основне захворювання і його ускладнення. Страхове покриття не надається на Супутні хвороби, визначені в діагнозі, не пов'язані із страховим випадком і які не мають прямого чи опосередкованого впливу на страховий випадок.
Тривалість лікування за 1 (одним) страховим випадком не перевищує 30 (тридцять) календарних днів з дати призначення його лікарем і включає медикаментозне лікування та лікування іншими, призначеними лікарем методами, передбаченими Програмою страхування (курсом до 30 днів).
1.15. **Вигодонабувач** - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства;
На умовах Договору страхування Вигодонабувачами є:
1.15.1. Медичні заклади, інші установи, які забезпечили надання медичних та інших послуг, зазначених у Програмах страхування, які за угодою з Страховиком (Асистуючою компанією Страховика) організували та надали медичну допомогу (медичні та інші послуги) Застрахованій особі при настанні страхового випадку.
1.15.2. Застрахована особа, в разі оплати медичних та інших послуг Застрахованою особою в обсягах, передбачених Програмами медичного страхування, за попереднім погодженням із Асистуючою компанією Страховика чи Страховиком. Батьки застрахованої малолітньої або неповнолітньої дитини (у разі оплати ними медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, за застраховану малолітню/неповнолітню особу) можуть отримати страхове відшкодування за застраховану малолітню/неповнолітню дитину за умови надання РНОКПП / ІПН дитини в складі пакету документів на відшкодування, або у разі визначення таких осіб Вигодонабувачем по Договору до моменту настання страхового випадку.
1.15.3. Визначені договором Вигодонабувачі.
Укладаючи Договір страхування Страхувальник може призначити Вигодонабувачів для отримання страхового відшкодування. Страхувальник має право до настання страхового випадку змінити Вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування.
1.16. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування та/або законодавством. Франшиза може встановлюватися у відсотках від Страхової суми (Страхової виплати), в абсолютному розмірі або в інших розрахункових одиницях, визначених Договором страхування. Вид та розмір франшизи зазначаються у Договорі страхування.

В контексті Договору - частина вартості послуги/медикаментів, яку не відшкодовує Страховик і яку самостійно доплачує Застрахована особа Медичному закладу (ЛПУ) чи аптеці. Франшиза за Договором страхування застосовується безумовна.
Страховик вираховує розмір франшизи при здійсненні страхової виплати/відшкодування за кожним страховим випадком.
1.17. **Франшизна сітка** - таблиця як частина умов Програми страхування за Договором, що визначає рівень франшизи на послуги, які отримує Застрахована особа в разі обрання ним Медичного закладу (ЛПУ), категорії вищої, ніж передбачено Програмою страхування за Договором.
1.18. **Період внесення змін до Договору страхування** – період часу тривалістю до 3 (трьох) робочих днів після набуття чинності/підписання Договору страхування, за час якого відбуваються внесення, за погодженням Сторін, змін в умови Договору страхування (додавання чи зняття з страхування Застрахованих осіб, зміни розмірів корпоративних лімітів, переведення Застрахованої особи з програми на програму, внесення змін в Програму страхування і т. інш.).
1.19. **Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування (Витрати на ведення справи (ВВС))** – витрати Страховика пов'язані з укладенням (аквізицією) та пролонгацією договорів страхування, які можуть включати такі прямі та непрямі витрати. Розмір фактичних витрат зазначається у кожному окремому Договорі страхування. Максимальний розмір Витрат на ведення справи (ВВС), пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, складає **60%.**
1.20. **Програма медичного страхування (Програма страхування)** - невід'ємна частина Договору страхування, яка містить повний перелік і умови надання страхового покриття, передбаченого Програмою страхування за страховими випадками, передбаченими Договором, за якими Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору. Групи захворювань, послуг, медикаментів, які не включені в Програму страхування чи є Винятком (Виключенням) за Договором страхування - не мають страхового покриття і не сплачуються (не відшкодовуються) Страховиком.
Винятки (Виключення) - невід'ємна частина Договору страхування, яка містить перелік медичної допомоги (медичних препаратів, послуг), станів і хвороб, які не покриваються за Договором страхування і оплату вартості яких Страховик згідно з Договором не здійснює і не відшкодовує, крім тих, які окремо обумовлені Програмою страхування і включені до Програми страхування в складі опцій страхового покриття по Договору страхування.
1.21. **Корпоративний (колективний, індивідуальний) ліміт** - визначають максимальний розмір страхових виплат, що можуть бути здійснені Страховиком на користь Застрахованої особи чи третій особі, яка надала Застрахованій особі послуги, які передбачені Програмою страхування, у розмірах та випадках, визначених Програмою страхування з врахуванням Виключень та обмежень страхування.
Корпоративний (Колективний) ліміт визначається як річний ліміт на Опцію чи групу Опцій, визначених Програмою страхування, і розповсюджується на групу визначених Застрахованих осіб, яким надано страхове покриття по таким лімітам у Програмі страхування у визначених Опціях і розмірах . Використання Корпоративного (Колективного) ліміту (-ів) здійснюється Страховиком за письмовим погодженням із Страхувальником (уповноваженою ним особою) в робочі дні тижня.
Індивідуальний ліміт визначається як річний ліміт на Опцію та/чи групу Опцій, визначених Програмою страхування, і розповсюджується на Застрахованих осіб по Договору у розмірах та випадках, зазначених в Програмі страхування для даної ЗО.
При укладенні Договору страхування відносно Застрахованих осіб на строк менше одного року, чи підключенні ЗО в період дії договору страхування до додаткових підпрограм (Опцій) страхування, всі індивідуальні ліміти для даної ЗО за опціями розраховуються пропорційно або з врахуванням коефіцієнту короткостроковості (на умовах п.6.11.3.) Загальних умов.
1.22. **Медична допомога** - консультаційна, діагностична, лікувальна, лікарська, профілактична, реабілітаційна, оздоровча та інша медична допомога, що надається медичним закладом. В контексті договору страхування також включає в себе профілактичні та оздоровчі заходи, які надаються Застрахованим особам спеціалізованими профілактично-оздоровчими закладами та транспортні послуги, що супроводжують передбачене Програмою страхування транспортування хворих до\з медичних закладів під час надання медичних послуг у випадках прямо передбачених Договором страхування.
1.23. **Медичний заклад (ЛПУ)** - медичним закладом вважаються однопрофільні та багатопрофільні лікувально-профілактичні установи будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, що мають відповідно до чинного законодавства України право на здійснення медичної діяльності та з якими Страховиком (Асистансом) укладені договори на надання Застрахованим особам медичної допомоги визначеного обсягу і якості в межах Програми страхування. До Медичних закладів відповідно до умов страхування відносяться також практикуючі лікарі, що мають ліцензії на право здійснення медичної діяльності.
1.24. **Категорії медичних закладів за Програмою** – визначення категорій Медичних закладів (ЛПУ) виконується Страховиком (Асистуючою компанією) на підставі актуальної цінової політики таких Медичних закладів (ЛПУ). Категорія та перелік партнерських Медичних закладів (ЛПУ) враховується при формуванні умов Програми страхування (в розрахунку Страхового тарифу) та вказується в Частині Е Договору.
1.25. **Страховий акт** – документ, що складається Страховиком у формі, визначеній Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати\страхового відшкодування. При визнанні випадку як «не страховий» - з обґрунтуванням підстав відмови.
1.26. **Кваліфікований електронний підпис (КЕП) або Електронний цифровий підпис (ЕЦП)** це — електронний підпис особи, який створюється з використанням засобу кваліфікованого електронного підпису і базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа.
КЕП (ЕЦП) за правовим статусом прирівняний до власноручного підпису або печатки. Документи, підписані за допомогою КЕП (ЕЦП), мають таку саму юридичну силу, як і звичайні.
Електронний підпис (КЕП, ЕЦП) Застрахована особа може отримати у будь-якого кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг та використовувати його при подачі Заяви на виплату страхового відшкодування на умовах Договору страхування та при направленні письмових звернень Страховику по об'єкту договору страхування.
1.27. **Електронний пакет документів на відшкодування** - якісно скановані (чіткі і читабельні) документи, які повинні бути надані Застрахованою особою для належного підтвердження факту заподіяння шкоди Застрахованій особі в складі повного пакету документів для здійснення страхового відшкодування/страхової виплати, які визначені Частиною С Договору, з обов'язковим підписанням КЕП (ЕЦП) Застрахованої особи.
1.28. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або чинного законодавства.
1.29. **Сплачені страхові виплати** - вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені Страховиком, згідно з умовами Договору страхування.
1.30. **Заявлені, але не сплачені страхові виплати** - вартість послуг, які надані Застрахованій особі згідно з умовами Договору страхування, **щодо яких є зобов'язання Страховика про сплату за отримані Застрахованою особою послуги**, про які вже відомо Асистансу та Страховику, але які ще не сплачені Страховиком на відповідний момент (оригінали документів та рахунки медичних установ для оплати за надані послуги ще не надійшли Страховику).

1.31. **Компетентні органи** – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та видавати висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти, тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Державної служби з надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства тощо).
1.32. **Цивільна дієздатність фізичної особи** - в Договорі це поняття слід розуміти відповідно до визначень Статті 30 Цивільного кодексу України.
1.33. **Документ** - спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення, тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно, матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні).
1.34. **Документи та/або інформація компетентних органів** - будь-які офіційні носії/джерела інформації компетентних органів (довідки, роз'яснення, нормативні акти, закони, інформація компетентних органів та їх посадових осіб з офіційних сайтів, офіційних видань чи зафіксована у виданих ними письмових документах). У разі наявності суперечностей в інформації та документах, отриманих Страховиком та Страхувальником, рішення приймається на підставі відповідних роз'яснень компетентних органів шляхом направлення Страховиком додаткових запитів.
1.35. **Медична допомога чи лікарська допомога** — комплекс діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на встановлення діагнозу, усунення чи зменшення симптомів і проявів захворювання чи патологічного стану, з приводу якого звернулась Застрахована особа, на приведення до загальноприйнятої медичної норми показників життєдіяльності такої особи, покращення чи відновлення стану здоров'я.
Медична допомога надається в амбулаторних та/або стаціонарних умовах в наступних формах:
· екстрена - медична допомога, що надається при раптових гострих захворюваннях, станах, травмах, опіках, відмороженні, отруєнні, загострення хронічних захворювань, що становлять загрозу життю Застрахованої особи;
· невідкладна - медична допомога, що надається при раптових гострих захворюваннях, станах, загострення хронічних захворювань (без явних ознак загрози життю пацієнта), травмах, опіках, відмороженні, отруєнні, але при ненаданні якої протягом перших 3-12 годин може виникнути загроза життю Застрахованої особи;
· планова - медична допомога, яка надається при проведенні профілактичних заходів, при гострих (загострені хронічних) захворюваннях і станах, що не супроводжуються явними ознаками загрози життю Застрахованої особи, що не вимагають екстреної та невідкладної медичної допомоги, відстрочка надання якої на певний час не спричинить погіршення стану Застрахованої особи, загрозу його життю та здоров'ю.
1.36. **Медикаменти** - офіційно зареєстровані на Україні лікарські засоби, що застосовуються при комплексному лікуванні при страховому випадку (етіотропно, не профілактично і не з гігієнічною метою), за медичних показань (за призначенням лікуючого лікаря) та з урахуванням Винятків (Виключень) і умов Програми страхування.
1.37. **Невідкладна медична допомога (НМД)** – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям. Невідкладна допомога включає: виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури в рамках ресурсів бригади, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану Застрахованої особи, медикаментозне забезпечення в рамках ресурсів бригади виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги, медичну допомогу травмпункту, медикаменти та витратні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше), транспортування каретою невідкладної допомоги за медичними показаннями.
1.38. **Невідкладна стаціонарна допомога (НСД)** - госпіталізація, яка проводиться в найкоротші строки на протязі до 3-12 годин після звернення застрахованої особи, при невідкладних станах, загострені хронічних захворювань та в інших випадках, які потребують негайного надання медичної допомоги під цілодобовим наглядом медичного персоналу стаціонару, при станах що загрожують життю Застрахованої особи.
1.39. **Планова стаціонарна допомога (ПСД)** – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за письмовим направленням лікаря у зв'язку з захворюваннями і станами, що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин, що не вимагають екстреної та невідкладної медичної допомоги, відстрочка надання якої на певний час не спричинить погіршення стану пацієнта, загрозу його життю та здоров'ю. Госпіталізація, що надається при станах без явних ознак загрози життю застрахованої особи: при гострих захворюваннях, загострені хронічних захворювань з метою зняття гостроти процесу та переводу його в стадію ремісії, при хронічних захворюваннях в стадії ремісії з превентивною метою, при медичних показаннях до цілодобового нагляду медичного персоналу, проводиться протягом 4 діб після того, як лікар направить до стаціонару.
1.40. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я та/або загрожувати її життю.
1.41. **Хронічне захворювання** – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
1.42. **Загострення хронічного захворювання** – період перебігу хронічного захворювання впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та/або іншого лікування до досягнення стадії ремісії, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я, структурних змін та функціональних розладів тканин та органів та/або загрожувати життю Застрахованої особи.
1.43. **Хронічне захворювання в стадії ремісії (поза стадією загострення)** - період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).
1.44. **Нещасний випадок (НВ)** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія (травма), що відбулася внаслідок зовнішнього впливу в період дії Договору страхування та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, внаслідок якої настав розлад здоров'я (тілесне ушкодження) Застрахованої особи або її смерть, прямо пов'язані з отриманим в період дії Договору страхування тілесним ушкодженням.
1.45. **Травма (тілесне ушкодження)** в контексті Договору страхування - фізичне, обумовлене дією зовнішніх факторів, несподіване/непередбачуване тілесне ушкодження, що сталося в період дії Договору страхування раптово та викликало саме такий стан, незалежний від будь-яких інших причин чи будь-яких фізичних ушкоджень чи розладу, що існували до настання нещасного випадку), який призвів до смерті, втрати працездатності чи госпіталізації Застрахованої Особи. Травма (тілесне ушкодження) є результатом порушення анатомічної цілісності та фізіологічних функцій тканин, органів людини, викликана раптовим впливом (ушкодженнями внаслідок такого впливу) зовнішніх факторів. За походженням виділяють групи травм: механічні (забиті місця,

переломи, рани), теплові (опіки, обмороження, теплові удари), хімічні (хімічні опіки, гострі отруєння, задуха), електричні, комбіновані, фізико-хімічні - викликані іонізуючим випромінюванням. За тяжкістю впливу на організм та клінічними показниками пошкодження, викликані зовнішніми чинниками, поділяють на три ступеня: легкі травми, травми середньої тяжкості та тяжкі травми. Травматизація внутрішніх органів без ознак впливу зовнішніх факторів (внаслідок дегенеративно-вікових змін та хронічних захворювань) не є страховим випадком за Договором, якщо інше окремо не передбачено Програмою страхування.

1.46. **Діагноз** — медичний висновок про патологічний стан здоров'я обстежуваного, про наявне захворювання (травму) чи про причину смерті, виражений у термінах, передбачених міжнародною класифікацією хвороб та причин смерті (ICD-10 або МКХ-10).

Діагноз може бути: синдромологічним, нозологічним; попереднім або заключним; клінічним, патологоанатомічним та іншим. У Діагнозі послідовно вказуються: на першому місці — **Основне захворювання**, на другому — ускладнення основного захворювання, на третьому — **Супутні хвороби**.

Клінічний діагноз — висновок про природу, сутність, основні прояви і перебіг хвороби, сформульований в історії хвороби чи амбулаторній карті.

Основним захворюванням вважається те, що стало причиною звернення за медичною допомогою, госпіталізації або смерті Застрахованої особи. Основне захворювання в діагнозі – захворювання (травма), яке безпосередньо або через ускладнення такого захворювання (травми) привело Застраховану особу за медичною допомогою, є причиною госпіталізації, обстеження та лікування, втрати працездатності або причиною смерті. Основне захворювання - той патологічний стан, який в даний час і у даних умовах представляє найбільшу загрозу для життя, здоров'я, працездатності Застрахованої особи і потребує першочергових лікувальних заходів, служить причиною звернення за медичною допомогою, або став основною причиною смерті. Основне захворювання в клінічному розумінні – це стан хворого, з приводу якого проводилось медичне обстеження або лікування. За ICD-10 або МКХ 10 в клінічному плані основним захворюванням потрібно вважати ту нозологічну одиницю, яка в даний момент і умовах в найбільшій мірі загрожує життю, здоров'ю і працездатності хворого і потребує проведення першочергових лікувальних заходів.

Ускладнення основного захворювання – патологічні процеси, які патогенетично з ним пов'язані, обтяжують його перебіг та наслідки.

Супутні захворювання — наявні захворювання, не пов'язані з основним етіологічно, патогенетично (нозологічні форми, які етіологічно та патогенетично не пов'язані з основним захворюванням) і несуттєво впливають на його перебіг, мають іншу номенклатурну рубрифікацію.

1.47. **Стадії діагнозу:**

1.47.1. **Попередній діагноз** - ставиться при первинному обстеженні хворого, коли достовірність розпізнавання основного захворювання ще сумнівна, головним чином, через нестачу відомостей про нього, хоча в ряді випадків він може бути і цілком обґрунтованим.

1.47.2. **Основний (клінічний) діагноз** - обґрунтовується і затверджується на підставі спостереження та обстеження, докладного спеціального обстеження хворого, як клінічного, так і лабораторного та інструментального при необхідності, аналізу та синтезу багатьох симптомів хвороби, а також проведеного диференціального діагнозу. Цей діагноз повинен бути сформульований протягом 3-х днів від початку обстеження хворого.

Основний діагноз – діагноз, що чітко зазначений як основний у медичній документації хворого, а у разі, якщо основний діагноз у виписці чітко не зазначений, основним діагнозом визнається перший із зазначених діагнозів в переліку встановлених діагнозів, що вказані у медичній документації.

1.47.3. **Заключний діагноз** - виставляється лише після того, як проаналізовані всі об'єктивні і суб'єктивні симптоми, проведені всі необхідні обстеження і нема ніяких сумнівів у правильності діагнозу. Коли у пацієнта виявлено не одне захворювання, а два і більше, слід виділяти діагноз основний і супутній.

Договором страхування покривається (якщо це передбачено Програмою страхування) діагностика захворювань до встановлення діагнозу, включаючи захворювання зі списку Виключень:

- за захворюваннями, які не є Виключенням - до постановки основного клінічного діагнозу,
- за захворюваннями, які є Виключенням - необхідна діагностика для визначення приналежності захворювання до Виключень, без встановлення стадії та методики лікування

У разі встановлення діагнозу/діагнозів під питанням, що вимагає проведення диференційної діагностики між кількома захворюваннями, Страховик оплачує тільки ті діагностичні заходи, які спрямовані на діагностику захворювань/станів, які не потрапляють в список Виключень.

1.48. **Провідні фахівці (експерти напрямку)** - провідні спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік та будь-які інші спеціалісти ЛПУ, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг інших спеціалістів у прейскуранті ЛПУ.

1.49. **Період очікування** - проміжок часу від дати початку дії Договору відносно конкретної Застрахованої особи, протягом якого страхове покриття по даній Опції для такої особи не діє. Захворювання, яке настане в Період очікування для такої особи не є страховим випадком і страхове відшкодування по таких випадках не здійснюється.

1.50. **Вчинення терористичних актів та терористичної діяльності (тероризм)** - застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створювали небезпеку для життя чи здоров'я людини або заподіяння значної майнової шкоди чи настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів винного (терориста), а також погроза вчинення зазначених дій з тією самою метою.

1.51. **Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій,** збройного конфлікту - це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (воєнного, військового) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

1.52. **Оголошена або неоголошена війна, збройний конфлікт** – події та збитки, що відбуваються під час оголошених чи неоголошених актів військової агресії та військового (збройного) конфлікту, також будь-який спір, що виникає між двома державами, або ворожий збройний конфлікт між протиборчими громадянами, групами однієї нації чи держави (громадянська війна), незалежно

від його тривалості, наслідків, а також факту оголошення чи заперечення однією зі сторін (сторонами) наявності стану війни, громадянської війни чи військового конфлікту.
1.53. **Покриття пасивних воєнних ризиків** – надання для цивільних Застрахованих осіб розширеного покриття з включенням випадкових травм, що настали внаслідок воєнних дій в межах підконтрольних уряду України територій, де не ведуться активні бойові дії, при дотриманні Застрахованими особами чинних правил, попереджень та обмежувальних розпоряджень уряду України / Компетентних органів, без активної участі у збройному конфлікті та воєнних діях.
1.54. У разі відсутності визначення у Загальних умовах терміни вживаються у значеннях, наведених у Законі України «Про страхування», нормативно-правових актах НБУ, тощо.
1.55. Поняття і терміни, наведені в цьому Розділі, вживаються в інших Розділах Договору в тому самому значенні незалежно від застосування до тексту жирного шрифту, підкреслення, курсиву або капіталізації.

Розділ 2. Умови страхового покриття за Договором страхування. Програма страхування. Територія страхування
2.1.**Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.
2.2. **Об'єктом страхування** є страхові інтереси Страхувальника (або Застрахованої особи, або Вигодонабувача), що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованих осіб, стосовно яких Страхувальник здійснює страхування (Застрахована особа).
2.3. **Страхове покриття** за Договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, а саме: медичне страхування.
2.4. **Перелік страхових ризиків:**
Страховий ризик, який визначається Договором, має відповідати наступним ознакам:
1) вірогідність та ймовірність настання;
2) неможливість передбачити конкретний час, місце, обставини настання події, а також розмір шкоди в разі настання страхового випадку;
3) відсутність ймовірності невідворотності настання події в період дії Договору, про що Страхувальник або Страховик заздалегідь були або мали бути повідомлені;
4) настання події спричинить негативні матеріальні наслідки для страхового інтересу Страхувальника або інших осіб;
5) настання події не пов'язано з навмисними діями Страхувальника або інших осіб, визначених у Договорі страхування, і не передбачає отримання неправомірної вигоди.
2.5. **Ризик класу страхування 2 «Медичне страхування»** характеризується обов'язком Страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі чинного законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування. За Договором страхування, укладеним за класом страхування 2 за ризиком «медичне страхування», у разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються Асистуючі послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування.
2.6. **Страхове покриття** надається на випадок захворювання Застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, настання хвороби, спричиненої нещасним випадком, інших розладів здоров'я (станів і хвороб), які можуть виникнути під час дії Договору страхування і передбачених Договором страхування, крім тих, які прямо зазначені в Договорі страхування як Виключення.
2.7. Згідно з умовами цього Продукту Страховик зобов'язується здійснювати організацію та оплату вартості медичної допомоги та медичних послуг (медико-санітарної допомоги) певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, яка буде надана Застрахованій особі Медичними закладами (ЛПУ), до яких така Застрахована особа звернеться протягом періоду дії Договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або настанням хвороби спричиненої нещасним випадком, іншої допомоги, передбаченої Договором страхування і Програмою страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначеному Договором обсязі і в строки та виконувати інші умови Договору.
2.8. Умови Страхового покриття за окремим Договором визначаються в Програмі страхування (Програмі медичного страхування), яка є невід'ємною частиною Договору страхування і викладається в Частині D Договору.
2.8.1. Програма страхування складається з Опцій і умов надання страхового захисту за Опціями з огляду наданого Страховиком об'єму страхового покриття за страховими випадками, класу клінік, що застосовуються при покритті страхових випадків, груп захворювань, послуг, медикаментозного забезпечення, застосування франшиз, наявності лімітів і сублімітів в межах страхових сум на кожну Застраховану особу згідно програми, на умовах якої дана Застрахована особа отримала страхове покриття.
2.8.2 **Програма медичного страхування** включає в себе наступне базове страхове покриття:
2.8.2.1. **Швидка та невідкладна медична допомога (ШНМД)** - організація та оплата медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні;
2.8.2.2. **Невідкладна стаціонарна медична допомога (НМД) -** консультативно - організаційний супровід співробітником Асистуючої Компанії (Асистансу) в телефонному режимі, організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають невідкладної медичної допомоги в стаціонарі, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Прийняти рішення про необхідність невідкладної госпіталізації може тільки лікар (лікар бригади швидкої медичної допомоги, лікар поліклініки).
2.8.2.3. **Планова стаціонарна допомога (ПСД)** - консультативно - організаційний супровід співробітником Асистуючої Компанії (Асистансу) в телефонному режимі, організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару в плановому порядку на підставі рішення лікаря про необхідність стаціонарного лікування тривалістю перебування до 30 діб. Планова госпіталізація організовується протягом 3-4 діб з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем поліклініки та здійснюється виключно в робочі дні згідно з графіком роботи лікувального закладу.
2.8.2.4. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – в поліклініці, чи вдома, чи в офісі, чи телеконсультація залежно від стану здоров'я Застрахованої особи. Умови страхового покриття за окремим Договором визначаються в Програмі страхування (Програмі медичного страхування), яка є невід'ємною частиною Договору страхування і викладається в Частині D Договору.
2.8.2.5. **Амбулаторно-поліклінічна допомога**. **Діагностика (лабораторна, інструментальна)** в умовах поліклініки або спеціалізованих лабораторіях в об'ємі, призначеному лікарем-терапевтом та/або лікарем-спеціалістом, для діагностики основного захворювання. Діагностика за захворюваннями, які є Виключенням (винятком) - необхідна діагностика для визначення приналежності захворювання до Виключень, без встановлення стадії та методики лікування

2.8.2.6. **Амбулаторно-поліклінічна допомога. Денний стаціонар** - організація та оплата медичної допомоги Застрахованій особі в умовах денного стаціонару в плановому порядку на підставі рішення лікаря про необхідність такого стаціонарного лікування.
Денний стаціонар організовується протягом 1 (однієї) - 3 (трьох) діб з моменту направлення лікарем поліклініки в медичні заклади, які обумовлені Договором.
Лікуванню в умовах денного стаціонару підлягають Застраховані особи:
- які потребують за станом свого здоров'я використання лікувальних засобів, після застосування яких необхідне спостереження медичним персоналом протягом деякого часу;
- яким необхідні внутрішньовенні крапельні введення медичних препаратів протягом порівняно тривалого часу;
- які, потребують проведення складних діагностичних обстежень з тривалою підготовкою, яку можна проводити тільки в умовах медичного закладу;
- які потребують лікувальних заходів після яких необхідний ліжковий режим протягом деякого часу.
2.8.2.7. **Амбулаторно-поліклінічна допомога. Фізіопроцедури** - організація та оплата лікування основного захворювання фізичними методами (апаратними та ручними) в амбулаторних умовах в медичних установах, передбачених Програмою страхування, за медичними показаннями, за призначенням лікаря, з можливістю отримати процедури протягом 30 днів після лікарського призначення (якщо інше не зазначене лікарем).
2.8.2.8. **Амбулаторно-поліклінічна допомога. Медикаменти** - забезпечення Застрахованих осіб через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик та/або Асистанс, офіційно зареєстрованими на Україні лікарськими засобами, при комплексному лікуванні страхового випадку (етіотропно, не профілактично і не з гігієнічною метою), при наявності медичних показань (за призначенням лікуючого лікаря) та з урахуванням Виключень і Програми страхування, курсом до 30 днів.
2.8.2.9. **Інше опціональне страхове покриття за згодою Сторін**, умови і наповнення якого визначене в Програмі страхування кожного окремого Договору страхування.
2.9. Групи захворювань, станів, послуг, медикаментів, які не включені в Програму страхування, не мають страхового покриття і не сплачуються (не відшкодовуються) Страховиком.
2.10. **Винятки (Виключення)** з страхування є невід'ємною частиною Програми страхування і викладені в Частині D Договору.
Винятки (Виключення) з страхування містять перелік медичної допомоги (медичних препаратів, послуг), станів і хвороб, які не покриваються за Договором страхування і оплату вартості яких Страховик, згідно з Договором, не здійснює і не відшкодовує, крім тих, які окремо застережені Програмою страхування і включені до неї в складі Опцій страхового покриття Програми страхування Договору.
2.11. **Територія страхування.** Обмеження щодо критичних територій України:
Договір застосовується до страхових випадків за ризиками, розташованими в Україні, за виключенням Автономної Республіки Крим та міста Севастополя, Луганської та Донецької областей, усіх непідконтрольних уряду України територій України в Херсонській та Запорізькій областях, а також усіх непідконтрольних уряду України територій відповідно до Розпорядження Кабінету міністрів України № 1085-р від 07.11.2014р. та будь-яких наступних змін/доповнень до неї та наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України №309 від 22.12.2022 та будь-яких наступних змін/доповнень до нього.
Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території України, що визначені нормативно правовими актами України, а також, на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-якого характеру, визначених офіційними документами згідно з вимогами законодавства України, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права.

Розділ 3. Порядок укладення Договору страхування
3.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.
3.2. У разі недотримання письмової форми, а також, в інших випадках, передбачених Цивільним кодексом Україна, Законом України «Про страхування», Договір страхування є нікчемним.
3.3. Договори страхування укладаються з дотриманням вимог законодавства України про мови.
Договір страхування укладається у двох примірниках українською та англійською мовою, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін. За наявності розбіжностей між текстом Договору українською мовою та англійською мовою, пріоритет має текст Договору викладений українською мовою.
3.4. Договір Медичного страхування складається із наступних частин:
Частина А (Базові Умови-Сертифікат Договору);
Частина В «Список Застрахованих осіб»;
Частина С «Умови страхування. Винятки (Виключення)» ;
Частина D «Програма страхування»;
Частина Е «Медичні заклади (ЛПУ)»;
Всі Частини Договору (Додатки до Договору) підписуються Сторонами та є невід'ємними частинами Договору.
3.5. При укладенні Договору страхування щодо страхування ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованих осіб, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).
3.5.1. Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику щодо страхування ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю осіб, стосовно яких Страхувальник здійснює страхування, та яку надає Страхувальник, у тому числі у заяві на страхування (за умови її оформлення), яка необхідна для прийняття рішення Страховиком щодо можливості укладання Договору:
Інформація про Страхувальника
Інформація про осіб, що підлягають страхуванню (вік та кількість осіб, резидентність, призначена група інвалідності та/або наявність діагностованих критичних захворювань, наявність особливостей здійснення професійної діяльності, регіон переважного місцезнаходження колективу(окремих груп), тощо)
Деперсоналізована статистична інформація про використання програм медичного страхування за попередній період
Потреби Страхувальника щодо якісного та кількісного наповнення базового страхового покриття за Програмою(-ами) страхування (страхова сума, ліміти, франшизи)
Потреби Страхувальника щодо якісного та кількісного наповнення опціонального страхового покриття за Програмою(-ами) страхування понад базове згідно з п. 2.8.2 Загальних умов (розширення базового покриття, ліміти, профілактичні заходи та послуги тощо)

Вимоги щодо Медичних закладів (ЛПУ), які мають бути включені до Програм(и) страхування (категорії ЛПУ, мережі, окремі клініки)
Інша істотна інформація.
3.6. При укладенні Договору страхування, за яким страхуються ризики, пов'язані із страхуванням життя та здоров'я, працездатності Застрахованої особи, Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи.
Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному таким Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням.

Розділ 4. Порядок вступу Договору в дію
Сторони в процесі укладення Договору страхування визначають конкретний варіант порядку вступу в дію Договору (набуття чинності страхового покриття) і зазначають обраний варіант в Частині А Договору, виходячи з нижчезазначених можливих опцій:
4.1. Набуття чинності страхового покриття після сплати страхового платежу:
Страхове покриття починається з 00 год. 00 хв. дня, наступного після дня отримання Страховиком належної страхової премії (або її чергової частини). У будь-якому випадку, жодні збитки не підлягають страховому покриттю та страховій виплаті, якщо вони сталися до моменту вступу в силу страхового покриття відповідно до умов цього Договору.
У випадку прострочення або неналежної сплати Страхувальником страхової премії або її чергової частини Сторони домовились призупинити дію страхового покриття, починаючи з 00 год. 00 хв. дня, наступного за останнім днем для сплати такої страхової премії або її чергової частини на строк, що не перевищує 14 (чотирнадцять) календарних днів.
У разі сплати належної страхової премії або її чергової частини протягом строку призупинення дії страхового покриття дія такого страхового покриття відновлюється, починаючи з 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком належної страхової премії.
Страхові випадки, які трапились протягом строку призупинення дії страхового покриття, страховій виплаті не підлягатимуть.
або
4.2. набуття чинності страхового покриття з дня, визначеного як початок строку дії Договору:
Страхове покриття починається з 00 год. 00 хв. дня, визначеного як початок строку дії цього Договору в Частині А Договору.
Якщо страховий платіж за кожний визначений період страхування не надійшов на поточний рахунок Страховика в розмірі 100 % протягом 10 (десяти) робочих днів з дати , визначеної як дата сплати платежу за відповідний період страхування, то дія Договору припиняється/призупиняється з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою такої несплати, а Страховик звільняється від обов’язку виконати страхову виплату/відшкодування за випадками, що відбулися у період страхування, за який не сплачено страховий платіж.
У разі, якщо за такий період було здійснено страхові виплати/відшкодування, вони підлягають поверненню Страхувальником протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати припинення дії Договору на банківський рахунок Страховика на підставі письмового повідомлення Страховика.
У разі належної сплати страхової премії або її чергової частини протягом строку призупинення дії страхового покриття дія такого страхового покриття відновлюється, починаючи з 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання Страховиком належної страхової премії (або її чергової частини).
Страхові випадки, які трапились протягом строку призупинення дії страхового покриття, страховій виплаті не підлягатимуть.
У разі фактичного укладення Договору після початку строку його дії, Сторони, керуючись частиною 3 статті 631 Цивільного Кодексу України, домовились, що умови цього Договору застосовуються до правовідносин Сторін, які виникли з початку строку дії цього Договору.
У разі несплати/неналежної сплати Страхової премії застосовуються передбачені Договором умови відмови Сторін від правочину, якщо Сторонами не було погоджено інше.

Розділ 5. Права та обов’язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору
5.1. **Страхувальник за Договором страхування зобов'язаний:**
5.1.1. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;
5.1.2. при укладенні та протягом строку дії Договору надавати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (відповідно до п. 3.5.1 Загальних умов);
5.1.3. при укладенні Договору страхування щодо страхування ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованих осіб Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).
5.1.4. повідомляти Страховика протягом строку дії Договору страхування протягом 5 (п’яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування, а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованих осіб;
5.1.5. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та в строки, визначені Договором страхування;
5.1.6. у письмовому вигляді та шляхом електронного листування надати Страховику відомості про осіб, які приймаються на/виключаються зі страхування, у строк не пізніше 2 (двох) робочих днів до дати початку/припинення дії Договору щодо цих Застрахованих осіб;
5.1.7. при укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору;
5.1.8. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
5.1.9. ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування, Програмою страхування та порядком надання медичної допомоги;
5.1.10. дотримуватись умов Договору страхування;
5.1.11. видати Застрахованим особам індивідуальні пластикові/електронні сервісні картки (в разі використання пластикових сервісних карток), згідно зі списком Застрахованих осіб за Договором, для реалізації права Застрахованих осіб на отримання медичної допомоги, передбаченої договором страхування;
5.1.12. Страхувальник, в разі укладення Договору страхування на користь третіх осіб, зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 (тридцяти) календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь.
5.1.13. надати Страховику та/або Асистансу право повного доступу до медичної документації Застрахованих осіб;
5.1.14. у межах своєї компетенції вживати заходів по усуненню несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб.

5.2. Страхувальник за Договором страхування має право:
5.2.1. до укладення Договору страхування ознайомитись з інформацію про страховий продукт, що пропонується, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб Страхувальника;
5.2.2. вимагати від Страховика забезпечення організації та оплати наданої Застрахованій особі медичної допомоги (медичних та інших послуг) по страхових випадках в межах обсягів, передбачених договором та Програмою медичного страхування;
5.2.3. ініціювати зміни до переліку Застрахованих осіб, Програм страхування або медичних послуг, розміру страхової суми, збільшення лімітів, передбачених договором шляхом внесення відповідних змін до цього Договору і підписанням Додаткової угоди до Договору страхування;
5.2.4. на внесення змін або доповнень до умов Договору в порядку, передбаченому Договором;
5.2.5. при укладенні Договору страхування визначити іншу особу (Вигодонабувача), яка відповідно до Договору має право на страхову виплату (відшкодування) з урахуванням вимог п.5.1.3. Загальних умов;
5.2.6. до настання страхового випадку змінити Вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування.
5.2.7. вимагати виконання Страховиком умов договору;
5.2.8. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому Договором;
5.2.9. достроково припинити дію Договору стосовно будь-якої Застрахованої особи, про що Страхувальник надає Страховику письмову заяву не пізніше 2 (двох) робочих днів до дати припинення дії Договору щодо певної Застрахованої особи;
5.2.10. на отримання дублікату Договору в разі втрати оригіналу;
5.2.11. отримати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування підстав відмови у страховій виплаті протягом 5 (п’яти) робочих днів з дати надання відмови у виплаті. Датою надання заяви вважається дата реєстрації такої Заяви у Страховика. Датою відповіді вважається дата реєстрації вихідного листа у Страховика;
5.2.12. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;
5.2.13. запитати в Страховика щоквартальний звіт про Сплачені страхові виплати за наданими послугами та Заявленим, але не сплаченим страховим виплатах на дату запиту звіту.
5.3. Застрахована особа зобов'язана:
5.3.1. сплачувати страхову премію у порядку та встановлені строки, у випадках, коли це передбачено Договором страхування;
5.3.2. достовірно і своєчасно інформувати медичну установу та Страховика (шляхом звернення до Асистансу) про зміни в стані свого здоров'я, що вимагають організації медичних послуг.
У разі самостійного звернення у медичний заклад з причин гострого захворювання при першій наявній можливості негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту звернення до закладу охорони здоров'я або госпіталізації, повідомити Страховика засобами зв’язку, вказаними в Індивідуальній пластиковій/електронній картці Застрахованої особи (надалі –картка ЗО).
Якщо ЗО не має можливості повідомити Страховика з об'єктивних причин (стан непритомності, амнезії, тощо) обов'язково, після припинення цих обставин, повідомити Страховика про такий випадок.
В особливо важких випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не може особисто повідомити, за наявності - повідомляють найближчі родичі в строки, передбачені п.5.3.6. Загальних умов, або особи, яким стало відомо про тяжкий стан Застрахованого;
5.3.3. виконувати призначення лікуючого лікаря, отримані під час лікування, дотримуватися розпорядження лікуючого лікаря і розпорядку, встановленого медичним закладом;
5.3.4. не передавати картку ЗО іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за такою карткою ЗО;
5.3.5. надати Страховику та/або Асистансу право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та поточному періоді;
5.3.6. негайно, як тільки це можливо (але не пізніше ніж 72 години), інформувати Страховика про події, що настали (в особливо важких випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не може особисто повідомити, повідомляють найближчі родичі), а саме про:
5.3.6.1. будь-яке стаціонарне лікування;
5.3.6.2. будь-яке хірургічне лікування;
5.3.6.3. лікування та\або обстеження в медичному закладі, що не зазначений в Договорі страхування;
5.3.6.4. втрату картки ЗО;
5.3.7. У випадку зміни персональних даних, будь-якої адреси чи номеру телефону, Застрахована особа зобов'язана протягом 10 (десяти) робочих днів повідомити про це Страховика.
5.4. Застрахована особа має право:
5.4.1. на одержання медичних послуг відповідно до умов, зазначених в Договорі страхування в медичних установах, перелік яких визначений у Договорі страхування;
5.4.2. вимагати від Страховика дотримання умов Договору страхування;
5.4.3. повідомляти Страховику про випадки ненадання медичних послуг лікувально-оздоровчими закладами за Договором страхування, неповного та неякісного надання ними таких послуг;
5.4.4. на одержання дублікату картки ЗО у випадку її втрати.
5.5. Страховик зобов’язаний:
5.5.1. до укладення Договору страхування надати Страхувальнику інформацію про страховий продукт, що пропонується, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб Страхувальника та надати інформацію про Страховика, передбачену Ст. 87 Закону України «Про страхування» з дотриманням умов її надання в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти 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 з Страхувальником за умови можливості підтвердження факту надання інформації;
5.5.2. протягом 7 (семи) робочих днів з дати оплати страхового платежу (першої його частини) на підставі підписаного Договору надати Страхувальнику картки ЗО для Застрахованих осіб, що засвідчують право таких Застрахованих осіб на отримання медичних послуг відповідно до умов цього Договору. Картка ЗО не може використовуватись іншими особами з метою отримання ними медичних послуг. За домовленістю Сторін, Страховик надає Страхувальнику в друкованому або електронному вигляді «пам’ятки», які містять стислу інформацію щодо умов страхування;
5.5.3. протягом 1 (одного) робочого дня з дати оплати страхового платежу (першої його частини), або з дати підписання Сторонами Договору страхування (в залежності від того, що визначено Договором як дата початку його дії) на підставі умов підписаного Договору передати перелік Застрахованих осіб та умови Програм страхування на обслуговування в Асистанс;

5.5.4. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки Страховику стане відомо про настання страхового випадку, та Страховик отримає всі необхідні належні для здійснення виплати документи, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати/страхового відшкодування;
5.5.5. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування в строк , передбачений Договором страхування, договором про співпрацю між Страховиком (Асистансом) та медичним закладом, Асистуючою компанією. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання своїх обов'язків шляхом сплати медичному закладу, Асистуючій компанії або Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені) розмір якої визначається умовами договору про співпрацю між Страховиком та медичним закладом або Договору страхування.
5.5.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його майновий стан та стан здоров'я, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.
5.5.7. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування»;
5.5.8. у випадку звернення Страхувальника (Застрахованої особи) з приводу втрати картки Застрахованої особи оформити та видати дублікат втраченої картки ЗО.
5.6. Страховик має право:
5.6.1. вимагати від Страхувальника надання достовірної інформації, що необхідна для укладення Договору страхування та визначення ступеню ризику за Договором. Перевіряти надану Страхувальником, при укладенні Договору, інформацію про стан здоров'я Застрахованих осіб. При укладенні договору страхування Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи. Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком. В такому разі Страховик сплачує всі прямі та супутні витрати, пов'язані з таким обстеженням за свій рахунок.
5.6.2. у разі необхідності Страховик або уповноважені ними особи направляють запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;
5.6.3. перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи для уточнення діагнозу, що підтверджують факт настання страхового випадку, розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я. Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком. В такому разі Страховик сплачує всі прямі та супутні витрати, пов'язані з таким обстеженням за свій рахунок;
5.6.4. відмовити у страховій виплаті/відшкодуванні у випадках, передбачених Договором страхування, зокрема , Розділу 7 та Розділу 10 Загальних умов, та у разі, якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі) та розміри понесених Застрахованою особою витрат на лікувально-оздоровчі послуги, медикаменти, відповідно до встановленого діагнозу і призначень лікуючого лікаря чи документи надані в неналежному стані і не дозволяють ідентифікувати платника чи послуги, за якими здійснювалися витрати ;
5.6.5. достроково припинити дію Договору страхування на умовах і в порядку, передбаченому Договором, чинним законодавством України;
5.6.6. за письмовим запитом Страхувальника протягом 5 (п'яти) робочих днів надавати йому звіт про Сплачені страхові виплати, що були здійснені за Договором по відношенню до Застрахованих осіб на дату запиту звіту та дані щодо використання корпоративних (колективних) лімітів на дату запиту такого звіту;
5.6.7. на отримання заяв Застрахованих осіб від Страхувальника;
5.6.8. вимагати визнання Договору недійсним і повернення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику отриманих за Договором страхових виплат/відшкодувань, якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив Страховику неправдиві відомості про об'єкт страхування або обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню ризику.
5.6.9. при підвищенні цін на медичні та/або інші послуги , що надаються за Програмою медичного страхування, більш ніж на 30%(тридцять відсотків), а також при підвищенні цін на лікарські препарати більш ніж на 30%(тридцять відсотків) протягом терміну дії Договору, окремі пункти Програми медичного страхування або страхові тарифи (в частині ще несплачених Страхувальником сум) за Договором можуть переглядатися Страховиком та повинні буди погоджені зі Страхувальником не пізніше ніж за 30 календарних днів до дати здійснення відповідного платежу на поточний рахунок Страховика.
У будь-якому разі таке підвищення вартості Договору не може перевищувати 30% від початково погоджених, але не сплачених сум страхових платежів по розрахованих тарифах.
5.7. Якщо Страхувальник - юридична особа припиняється з визначенням правонаступника (правонаступників), права та обов'язки Страхувальника переходять до такого правонаступника (правонаступників) відповідно до законодавства.
У разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти до цих осіб або до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язок щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих.
В інших випадках права і обов'язки страхувальника можуть перейти до іншої фізичної чи юридичної особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Розділ 6. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору, правові наслідки
6.1.Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін. Всі зміни до Договору мають бути оформлені Додатковими угодами до Договору, які є невід'ємними частинами Договору з моменту їх підписання.
6.1.1. Додаткова угода набуває чинності з дня, зазначеного у відповідній Додатковій угоді, підписаної Сторонами. У разі, якщо за умовами Додаткової угоди збільшується розмір страхового платежу, відповідальність Страховика в цій частині настає з дня, наступного за днем надходження доплати страхового платежу на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Додатковою угодою.
6.2. Про намір внести зміни до умов Договору (крім зменшення чи збільшення кількості застрахованих осіб, від кількості заявлених на дату початку дії Договору) Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.
6.3. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін до Договору, питання щодо дії Договору на попередніх умовах, на змінених умовах або про припинення його дії вирішується протягом 5 (п'яти) календарних днів від дати одержання повідомлень про внесення змін.

6.4. **Дія договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також, у разі:**
6.4.1. закінчення строку дії Договору страхування;
6.4.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
6.4.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору;
6.4.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтею 100 цього Закону України «Про страхування»;
6.4.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
6.4.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
6.4.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.
6.5. **Договір може бути достроково припинений за вимогою однієї з Сторін.**
Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніш як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого Договору та законодавством України.
6.6. У разі дострокового припинення дії Договору **за вимогою Страхувальника:**
6.6.1. Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору відповідно до умов такого Договору, за вирахуванням Витрат на ведення справи (ВВС) з врахуванням пункту 1.19 Загальних умов, фактичних страхових виплат (Сплачених страхових виплат та Заявлених, але не сплачених страхових виплат, зарезервованих в сумі отриманих Застрахованою(-ими) особою(-ами) послуг), що були здійснені за Договором страхування.
6.6.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
6.7. У разі дострокового припинення дії Договору **за вимогою Страховика:**
6.7.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;
6.7.2. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням Витрат на ведення справи (ВВС) з врахуванням пункту 1.19 Загальних умов, фактичних страхових виплат (Сплачених страхових виплат та Заявлених, але не сплачених страхових виплат, зарезервованих в сумі отриманих Застрахованою(-ими) особою(-ами) послуг), що були здійснені за Договором страхування на дату дострокового припинення дії Договору.
6.8. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
6.9. Дія Договору страхування може бути достроково припинена відносно конкретної Застрахованої особи без припинення дії Договору в цілому.
По відношенню до Застрахованої особи дія Договору припиняється у випадку:
6.9.1. закінчення строку дії Договору;
6.9.2. виконання Страховиком зобов’язань перед Страхувальником у повному обсязі, в тому числі, якщо сума наданих Застрахованій особі на умовах Договору послуг, медикаментів тощо, досягла страхової суми, визначеної Договором страхування для даної Застрахованої особи;
6.9.3. смерті Застрахованої особи;
6.9.4. за вимогою Страхувальника (Застрахованої особи, якщо така особа одночасно є і Страхувальником за Договором) або Страховика, в тому числі, шляхом виключення Застрахованої особи із Списку Застрахованих осіб за Договором страхування.
6.10. якщо в період дії Договору Застрахована особа стає недієздатною, дія Договору для цієї Застрахованої особи припиняється на підставі Заяви Страхувальника з дати визнання цієї особи недієздатною; У разі обмеження судом дієздатності фізичної особи - Страхувальника така особа здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника.

6.11. Умови внесення змін до списку Застрахованих осіб.
6.11.1. Внесення змін може здійснюватись у вигляді додавання або виключення Застрахованих осіб із списку Застрахованих осіб:
для Страхувальників - юридичних осіб у зв'язку із прийомом або звільненням працівників Страхувальника за заявою Страхувальника.
Для Страхувальників - фізичних осіб, об'єднаних у колективні договори у зв'язку з дострахуванням нових осіб на строк дії і на умовах колективного договору, або за заявою Страхувальника у зв'язку з достроковим припиненням страхування відносно конкретної Застрахованої особи,
надісланих засобом електронного зв’язку за 2 робочих дні до бажаної дати змін у форматі «Excel» в установленій Страховиком формі.
Для Страхувальників - фізичних осіб, які приєднані до Договору страхування у формі групового договору, дострокове припинення/виключення з Договору відбувається за заявою Страхувальника/Застрахованої особи у зв'язку з достроковим припиненням страхування відносно даної конкретної Застрахованої особи.
6.11.2.Внесення змін до списку Застрахованих осіб по Договору страхування відбувається з початку чергового періоду внесення змін, але не раніше, ніж за 24 (двадцять чотири) години дня, наступного за днем отримання заяви на внесення відповідних змін.
6.11.3. **Додавання Застрахованих осіб до списку Застрахованих осіб за Договором.**
Для новоприйнятих фізичних осіб віком до 65 років, які включені до Договору страхування протягом періоду його дії (на термін, менше 1 року), страхова премія розраховується базуючись на визначеному в Договорі річному тарифі обраної програми страхування за одним із варіантів, передбачених Договором:
6.11.3.1. Страховий платіж, до дати закінчення дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню, **розраховується пропорційно до періоду Страхового покриття.** Додаткова премія при такому приєднанні, розраховується пропорційно за наступною формулою:
СП(до сплати)=СПпрогр(1 день)×(D2-D1+1)
де:
СП(до сплати) – страхова премія до сплати;
СПпрогр(1 день) – страхова премія за програмою страхування Застрахованої особи за 1 день обслуговування;
D2– дата закінчення дії договору страхування;
D1– дата початку страхування по застрахованій особі.

При додаванні особи до списку Застрахованих осіб за Договором на строк менший за 1 рік, страхова сума та усі ліміти за опціями розраховуються пропорційно за наступною формулою:
Ліміт = Ліміт0/365*(D2–D1+1), де
Ліміт – страхова сума або ліміти на період дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню;
Ліміт0 - річна страхова сума або річні ліміти за Програмою;
D2 – дата закінчення дії Договору;
D1 – дата початку дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню.
При розрахунку, страхова сума та ліміти округлюються до цілих цифр.
6.11.3.2. Додавання Застрахованих осіб до списку застрахованих осіб за Договором з врахуванням коефіцієнту короткостроковості відбувається наступним чином:
Внесення змін у Договір у вигляді додавання Застрахованих осіб до списку на термін менше 1 (одного) року відбувається із застосуванням коефіцієнтів короткостроковості.
Розмір страхового тарифу при страхуванні осіб на термін менше 1 (одного) року та страховий платіж, до дати закінчення дії Договору по відношенню до особи яка підлягає страхуванню, розраховується шляхом множення базового річного страхового тарифу на коефіцієнт короткостроковості.

Коефіцієнти короткостроковості за Договором встановлюються в наступних розмірах:

Термін дії Договору, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,4	0,42	0,58	0,63	0,7	0,75	0,8	0,85	0,89	0,92	0,98

При укладанні договору страхування на термін менше одного місяця, або на період, в якому є неповний місяць -тариф встановлюється як за період повного місяця і страховий платіж, до дати закінчення дії Договору по відношенню до особи, яка підлягає страхуванню, розраховується відповідно.
6.11.4. Виключення Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб за Договором.
Виключення Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб за Договором вважається достроковим припиненням дії Договору по відношенню до цієї Застрахованої особи і здійснюється за ініціативою/заявою Страхувальника.
Для Договорів страхування, укладених Страхувальниками - юридичними особами , у разі звільнення Застрахованої особи - працівника Договір припиняє свою дію по відношенню до такого працівника та членів його родини, які застраховані за Договором з дати, наступної за датою звільнення, або з дати, заявленої Страхувальником Страховику як дата припинення Договору страхування щодо Застрахованих осіб.
Для колективних Договорів страхування, групових Договорів - Договір припиняє свою дію стосовно Застрахованої особи з дати, заявленої Страхувальником Страховику як дата припинення Договору страхування щодо Застрахованих осіб.
Дата припинення дії Договору страхування відносно Страхувальника/Застрахованої особи фіксується шляхом підписання Сторонами Додаткових угод до Договору, або за заявою Страхувальника/Застрахованої особи про його дострокове припинення.
6.11.4.1. Розрахунок залишку невикористаного платежу страхової премії при виключенні Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб Договору виконується наступним чином:
СПв=(СПсплачений-СПвикористаний)×(1-R)-L,
де:
ЗО – застрахована особа
СПв – страхова премія до повернення за невикористаний період страхування ЗО, щодо якої дія Договору страхування припиняється;
СПсплачений - страхова премія сплачена (у тому числі належна до сплати в разі відтермінування платежу/внесення платежу частинами) за період з дати початку дії стосовно ЗО по дату закінчення страхового періоду, в який відбувається дострокове розірвання;
СПвикористаний - використаний страховий платіж за період дії Договору по даній ЗО.
СПвикористаний=СПпрогр(1 день)×N,
де: СПпрогр(1 день) – страхова премія за програмою страхування ЗО за 1 день обслуговування;
N = кількість днів дії страхового покриття по ЗО:
N = D2–D1 +1
D2– дата дострокового закінчення страхування по ЗО; D1– дата початку страхування по ЗО;
R – Витрати на ведення справи (ВВС), розмір яких вказаний безпосередньо у Договорі страхування, але не більше максимального розміру передбаченого для таких витрат для Продукту та вказані в пункті 1.19 Загальних умов;
L - сума виплат (сплачені збитки та збитки зарезервовані в сумі отриманих Застрахованою особою послуг) по ЗО, яка знімається зі страхування на дату укладення додаткової угоди.
Якщо в результаті розрахунків за Додатковою угодою СПв<0, Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не доплачує за особу, яка знімається зі страхування.
6.11.5. Зміна Програми страхування за Договором в період його дії не передбачена крім випадків, коли такі зміни внесені шляхом підписання Сторонами Додаткової угоди до Договору страхування із здійсненням відповідного перегляду страхового тарифу, суми страхових платежів тощо.
6.11.6. Зміна Програми страхування відносно конкретної Застрахованої особи в період дії Договору можлива один раз на строк дії Договору і лише на ті програми страхування, які включені до Договору, шляхом підписання Сторонами Додаткової угоди до Договору страхування із здійсненням відповідного перегляду страхового тарифу, суми страхових платежів тощо.
6.12. Страхувальник - юридична особа (Страхувальник-Повірений) за Договором має право укласти Договір (договори) страхування на користь своїх працівників та членів їх родин в терміни і на умовах Договору та Програм страхування Договору, наведених в Частині D «Програма страхування», шляхом включення їх до Списку Застрахованих осіб з відповідною сплатою страхового платежу в передбачених Договором розмірах як за рахунок працедавця-Страхувальника , так і за рахунок самих Застрахованих осіб. Якщо до кінця дії Договору залишається менше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів, родичі Застрахованих осіб на страхування не приймаються.
6.13. Страхувальник-юридична особа має право укласти Договір (договори) страхування на користь своїх працівників – осіб віком до 65 років з інвалідністю, окрім осіб з інвалідністю 1 групи (непрацездатних) та осіб з інвалідністю з дитинства, шляхом надання Страховику списку таких осіб за визначеною Страховиком формою.

Особи з інвалідністю-штатні працівники приймаються Страховиком на корпоративних умовах і тарифах без заповнення декларації про здоров'я, медичого огляду.
Інвалідизуюче захворювання та стани, що пов'язані з ним не є страховими випадками по Застрахованих особах, які мають призначену групу-інвалідності (за винятком випадків використання корпоративного ліміту на виключення за його наявності в Програмі страхування для такої Застрахованої особи з призначеною групою інвалідності та п. 11.4.30. Загальних умов.
6.14. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати початку страхування Застрахованої особи, за заявою Застрахованої особи, включати до списку Застрахованих осіб членів його родини віком від 0 до 60 років (чоловік, дружина, діти, якщо інше не погоджено Сторонами), на умовах та за Програмами страхування, визначеними в такому Договорі, із сплатою відповідного страхового платежу, крім випадків, коли до закінчення дії даного Договору залишається строк 90 (дев'яносто) календарних днів. За 90 (дев'яносто) календарних днів до закінчення строку Договору страхування включення до списку Застрахованих осіб членів родини такого Застрахованого не здійснюється.
6.15. У разі дострокового припинення дії корпоративного Договору страхування за ініціативою Страхувальника щодо Застрахованої особи (працівника Страхувальника), Договір припиняє свою дію і стосовно Застрахованих осіб - членів родини такої Застрахованої особи з дати припинення дії Договору щодо Застрахованої особи (працівника Страхувальника).
6.16. **Договір страхування вважається недійсним** з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.
Відповідно до Закону «Про страхування» Договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:
1) його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
2) відсутній об'єкт страхування;
3) Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
4) у Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес.
Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

Розділ 7. Порядок відмови від Договору
7.1.Порядок відмови від Договору:
7.1.1. **За ініціативою Страхувальника:**
Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору (Договору страхування відносно Застрахованої особи), без пояснення причин, надіславши Страховику повідомлення у письмовій (електронній) формі відповідно до положень ст. 107 Закону України «Про страхування» та інших вимог чинного законодавства України.
Наслідком такої відмови Сторін від цього Договору (в тому числі Договору страхування відносно Застрахованої особи), є припинення всіх його умов, включаючи зобов'язання Сторін, починаючи з моменту укладання такого Договору, тобто відмова Сторін від цього Договору означає настання такого стану правовідносин між Сторонами, ніби Договір і не укладався. Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі.
7.1.1.1.Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом періоду дії Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, шляхом переказу коштів за банківськими реквізитами Страхувальника, вказаними у повідомленні, зазначеному у п.7.1.1. Загальних умов, протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання такого повідомлення.
7.1.1.2. У разі виявлення страхового випадку після повернення Страхувальнику страхової премії за цим пунктом Страховик матиме право зменшити розмір страхової виплати та суму такої премії, або вимагати її сплати у порядку, передбаченому чинним законодавством України.
7.1.2. **З приводу несплати страхової премії:**
7.1.2.1.У разі неналежної сплати або повної несплати відповідної страхової премії Страхувальником (в тому числі у разі неналежної сплати або повної несплати відповідної страхової премії Застрахованою особою, на якій лежить обов'язок по Договору сплатити страхову премію за страхування), Сторони, керуючись статтею 214 Цивільного Кодексу України та статтею 107 Закону України «Про страхування», домовились відмовитися від цього Договору страхування (Договору страхування відносно Застрахованої особи за страхування якої не надійшов страховий платіж), починаючи з моменту його укладання.
Наслідком такої відмови Сторін від цього Договору є припинення всіх його умов, включаючи зобов'язання Сторін, починаючи з моменту укладання такого Договору страхування. Тобто відмова Сторін від цього Договору означає настання такого стану правовідносин між Сторонами, ніби Договір страхування і не укладався. Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі. Підписанням цього Договору страхування Сторони виражають взаємну згоду відмовитися від Договору відповідно до цього пункту. У разі, якщо Договір страхування передбачає поетапну сплату Страхувальником страхової премії, таке положення про відмову від Договору не буде застосовуватися до тих періодів дії страхового покриття, за які Страховик отримав від Страхувальника належним чином сплачені частини страхової премії.
Якщо під час дії Договору, за яким передбачено сплату страхової премії Страхувальником (Застрахованою особою), страхова премія не надійшла частково або в повному обсязі, а Застрахований скористався послугами, передбаченими по Програмі Договору і вже було здійснено страхові виплати лікувальним установам за обслуговування Застрахованих, суми цих виплат підлягають поверненню Страхувальником протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати пред'явлення Страховиком письмової вимоги Страхувальнику щодо компенсації понесених ним витрат за фактичний період дії Договору.
Будь-які подальші претензії Сторін одна до одної, пов'язані з виконанням зобов'язань за Договором, стосовно якого Сторонами було реалізоване право на відмову, неможливі.

Розділ 8. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку
8.1. Застрахована особа для отримання стаціонарної, амбулаторно-поліклінічної, стоматологічної допомоги або отримання ліків у зв'язку з розладом здоров'я (гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмами, опіками, отруєнням) повинна **попередньо звернутися до** Служба медичного Асистансу **«МАРС-АСИСТАНС» (цілодобово)**
Номери телефонів:
+38 067 406 61 86;
+38 050 446 33 31;
+38 073 154 09 37;

+38 044 303 90 72;
+38 044 339 99 85.
Мессенджер: Viber, Telegram : +38 099 468 60 68 (тільки повідомлення)
E-mail: mars@colonnade.com.ua із зазначенням в темі листа: «Прізвище, ім'я, по-батькові, номер Договору».

8.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, якщо претендує на визнання випадку страховим, повинна **зателефонувати і повідомити Асистанс за номером телефону**, що вказаний в індивідуальній пластиковій/електронній картці чи іншому документі, який засвідчує факт страхування, наступну інформацію:
8.2.1. номер індивідуальної пластикової /електронної картки;
8.2.2. назву Страхової компанії;
8.2.3. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
8.1.4. місце роботи Застрахованої особи (по договорах корпоративного страхування);
8.2.5. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;
8.2.6. контактний телефон.
8.3. Лікар – координатор Асистансу проводить ідентифікацію особи заявника та перевіряє чинність Договору страхування відносно застрахованої особи, надає медичні консультації та, у разі необхідності, скеровує Застраховану особу у відповідний медичний заклад, організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції та скерування Асистансу.
8.4. Медична допомога за умовами Договору надається при наявності індивідуальної /електронної пластикової картки та документу, що посвідчує Застраховану особу, або, у разі відсутності індивідуальної пластикової/електронної картки за об'єктивними причинами, на підставі гарантії Асистансу.
8.5. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах відповідної категорії, визначеної в Програмі страхування. Застрахована особа зобов'язана чітко дотримуватись вказівок лікаря-координатора відносно наступних дій (включно щодо ЛПУ, в якому буде здійснюватися надання послуг).
8.6. У виключних випадках, при необхідності отримати медичну допомогу в медичному закладі, з яким Страховик/ Асистанс не має договірних стосунків або у медичному закладі категорії вищої, ніж передбачена Договором страхування, Застрахована особа, що претендує на сплату/відшкодування таких послуг Страховиком, має попередньо погодити своє звернення з Асистансом/Страховиком до моменту їх отримання.
Страхова виплата/відшкодування по таких випадках здійснюється Страховиком в обсязі, визначеному Програмою страхування, на рівні вартості аналогічних послуг в ЛПУ категорій, передбачених Програмою страхування, в тому числі і з застосуванням франшиз, передбачених Програмою страхування.
8.7. Якщо при настанні події, що має ознаки страхового випадку, ЗО в силу важкого стану не мала об'єктивної змоги на момент настання такого випадку зв'язатися з Асистансом (Страховиком) та самостійно звернулася до закладів охорони здоров'я, або якщо Застраховану особу доставляють до закладів охорони здоров'я швидкою медичною допомогою (таксі і тощо) для надання невідкладної медичної допомоги, то Застрахована особа або її уповноважений представник при першій наявній можливості повинні негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту звернення до закладу охорони здоров'я або госпіталізації, повідомити Страховику (Асистансу) про такий випадок.

Розділ 9. Порядок розрахунку, умови та строки здійснення страхових виплат
9.1. По страхових випадках, визначених Договором і Програмою страхування, Страховик здійснює страхову виплату закладам охорони здоров'я, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування, шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, опосередковано через Асистанс, або відшкодовує витрати Застрахованій особі у разі погодженої із Асистансом сплати Застрахованою особою за послуги та/або медикаменти, за умови дотримання такою Застрахованою особою вимог пп.9.1.2 , 9.1.3., 9.2. Загальних умов.
9.1.1. При оплаті медичних послуг медичному закладу, Асистуючій компанії - у порядку і в строки, передбачені укладеним між Страховиком і медичним закладом (Асистуючою компанією) договором. Оплата медичних послуг проводиться на підставі рахунку медичного закладу, з зазначенням діагнозу, строків лікування, переліку наданих медичних послуг, їх вартості (із вказанням вартості по кожній Застрахованій особі) і загальної суми витрат по всіх медичних послугах, що надані Застрахованим особам у межах передбаченої Договором страхування Програми медичного страхування.
9.1.2. У виключних випадках, за умови попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією), оплата (відшкодування) понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги, у зв'язку з настанням страхового випадку, вартості придбаних нею самостійно Медикаментів (офіційно зареєстрованих в Україні лікарських засобів при комплексному лікуванні страхового випадку (етіотропно, не профілактично і не з гігієнічною метою), відповідно до медичних показань (за призначенням лікуючого лікаря), курсом до 30 (тридцяти) днів в обсязі, передбаченому Програмами медичного страхування, якщо зазначені медикаменти були призначені лікарем відповідно до встановленого діагнозу за основним захворюванням, на підставі документів, що підтверджують їх призначення із зазначенням доз та кількості ліків, оригіналів фіскальних документів (чеків) про оплату ліків Застрахованою особою.
Батьки застрахованої малолітньої або неповнолітньої дитини (у разі оплати ними медичних та інших послуг, передбачених Договором страхування, за застраховану малолітню/неповнолітню особу) можуть отримати страхове відшкодування за застраховану малолітню/неповнолітню дитину за умови надання ІПН дитини в складі належного пакету документів на відшкодування, або у разі визначення таких осіб Вигодонабувачем по Договору до моменту настання страхового випадку.
9.1.3. У виключних випадках, за умови попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією), оплата (відшкодування) понесених витрат на медичні послуги, у зв'язку з настанням страхового випадку можлива Вигодонабувачу, призначеному за Договором, за умови наявності у нього страхового інтересу (зокрема, якщо Вигодонабувач поніс витрати на медичні послуги для Застрахованої особи, передбачені Договором страхування і надав в підтвердження цього належні документи, передбачені умовами Договору страхування).
9.2. **У разі настання страхового випадку, передбаченого Договором страхування, Страховику надаються оригінали та/або засвідчені у встановленому законодавством України порядку копії документів за якими факт понесення витрат Застрахованою особою на отримання медичних послуг згідно встановленого діагнозу і лікарських призначень підтверджено належним чином, зокрема:**
- письмова заява Страхувальника (Застрахованої особи) за формою Страховика;
- листок непрацездатності та/або інший документ, який згідно з вимогами законодавства України про ведення первинної облікової документації у сфері охорони здоров'я, засвідчує тимчасову непрацездатність, оформлені у паперовій формі, або листок непрацездатності, сформований в Електронному реєстрі листків непрацездатності та/або медичний висновок про тимчасову непрацездатність, сформований в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я;

-виписку з медичної карти амбулаторного або стаціонарного хворого, витяг з історії хвороби, консультаційний висновок спеціаліста, інші медичні документи за формами, встановленими законодавством України, що регулює правовідносини у сфері охорони здоров'я;
-акт про нещасний випадок, який складається у встановленому законодавством України порядку, або в разі його відсутності – документ закладу охорони здоров'я з підтвердженням факту отримання травми чи іншого розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку (у разі настання нещасного випадку);
-рахунки закладів охорони здоров'я та/або фізичних осіб-підприємців, які в установленому законодавством України порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надавали медичні послуги застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку та/або укладені з ними відповідні договори;
-платіжні та/або розрахункові документи, створені у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (уключаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної / розрахункової операції). При цьому така оплата здійснюється за послуги (роботи, товари), передбачені умовами договору страхування та/або необхідність придбання (отримання) яких застрахованою особою згідно з умовами такого договору страхування підтверджена відповідними документами закладів охорони здоров'я та/або фізичних осіб-підприємців, які в установленому законодавством України порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (уключаючи направлення, рецепти, записи про направлення та рецепти в електронній системі охорони здоров'я, інші документи з призначеннями лікаря);
9.3. Відшкодування витрат, понесених третіми особами на оплату медичних послуг та медикаментів по страхових випадках із Застрахованою особою, не здійснюється, крім випадків, передбачених п. 9.1.1.- 9.1.3. Загальних умов.
9.4. **Відшкодування понесених витрат Застрахованою особою в межах 5 000,00 грн. (п'яти тисяч гривень) може здійснюватися також на підставі поданого Застрахованою особою «Електронного пакету документів на відшкодування»** у складі якісних сканкопій документів, перерахованих в пп.9.9.- 9.14. Загальних умов, підписаних документів КЕП (ЕЦП) Застрахованої особи.
Надіслані електронним зв'язком документи не підписані КЕП (ЕЦП), чи підписані, але які не верифікуються на сайті Центрального засвідчувального органу Міністерства цифрової трансформації України: https://czo.gov.ua/verify, до розгляду не приймаються та вважаються не отриманими Страховиком.
Виплати страхового відшкодування по таких неналежно поданих документах не здійснюються.
Факт відправлення Застрахованою особою «Електронного пакету документів на відшкодування» ще не є підтвердженням його достовірності, повноти і достатності для визначення випадку як «страхова подія» і здійснення страхового відшкодування без відповідного прийняття рішення Страховиком.
9.5. Документи на здійснення страхової виплати/відшкодування понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги або медикаменти, у зв'язку з настанням страхового випадку, **Застрахована особа повинна надати Страховику протягом 30-ти днів з дня здійснення оплати вартості медичної послуги Застрахованою особою.**
Якщо документи не були надані вчасно через істотні причини, документи подаються як тільки стане можливим з письмовим обґрунтуванням причин затримки.
9.6. Страхова виплата/відшкодування за страховими випадками здійснюється на підставі медичних та фінансових (фіскальних) документів, що підтверджують факт отримання та сплати Застрахованою особою відповідних послуг, у зв'язку з настанням страхового випадку, передбачених умовами Договору та Програми страхування, відповідних призначенням лікуючого лікаря.
Сплата Застрахованою особою благодійних внесків в благодійні фонди та організації Страховиком не відшкодовується. У випадку оплати наданих медичних послуг через Асистанс за заявою Страхувальника (Застрахованої особи) підставою для здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу.
9.7. **Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу).** Страхові виплати/відшкодування за Договором страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати застрахована особа за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, чи страхової виплати за іншими договорами страхування або сум, отриманих від інших осіб як відшкодування збитків.
9.8. За умови дотримання умов пп.9.1.- 9.2. Загальних умов, **розрахунок страхової виплати/відшкодування за страховими випадками Застрахованій особі здійснюється наступним чином:**
9.8.1. за отримані стоматологічні послуги та інші опції, що надаються в лімітах, передбачених Програмою страхування – відшкодовуються витрати в межах ліміту за опцією, з врахуванням категорії ЛПУ, передбаченої Програмою страхування, крім випадків коли Застрахована особа підключена до страхування на строк менше року (якщо інше не передбачено за Договором);
Якщо термін дії страхового покриття для Застрахованої особи менше року, то розмір ліміту по опціям визначається пропорційно терміну дії страхового покриття для даної Застрахованої особи (для підключених на протязі року), якщо інше не передбачено умовами Договору;
9.8.2. **за отримані послуги медичних установ:**
9.8.2.1.в межах ліміту за опцією з врахуванням категорії ЛПУ, передбаченої Програмою страхування;
9.8.2.2. якщо Застрахованою особою отримано послугу в медичних закладах категорії вищої, ніж передбачено Програмою страхування, Страховик відшкодовує лише частину витрат на отримані послуги у сумі вартості аналогічних послуг в медичних закладах визначеної Програмою страхування категорії, в межах ліміту за опцією із застосуванням франшиз, передбачених Програмою в складі опцій, або із застосуванням Франшизної сітки.
9.8.3. **за придбані медикаменти** - в межах передбачених лімітів за опцією (з урахуванням франшиз і Виключень по Договору).
9.9. Всі послуги, отримані Застрахованою особою у зв'язку з настанням страхового випадку, на відшкодування яких претендує Застрахована особа, мають бути підтверджені відповідними документами закладів охорони здоров'я та/або фізичних осіб-підприємців, які в установленому законодавством України порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (уключаючи направлення, рецепти, записи про направлення та рецепти в електронній системі охорони здоров'я, інші документи з призначеннями лікаря) та належними платіжними та/або розрахунковими документами, створеними у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (уключаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної / розрахункової операції);
9.10. **Перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяного збитку**, **а також форма, спосіб та порядок подання документів**, які необхідно надати Страховику для отримання страхового відшкодування по страховим випадкам, включає, але не обмежується :

9.10.1. Заява на отримання страхової виплати/відшкодування (за формою, встановленою Страховиком, яка містить перелік необхідних документів для здійснення страхових відшкодувань за заявленими випадками);
9.10.2. засвідчена Застрахованою особою фотокопія паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) або фотокопія паспорту громадянина України у формі картки; для нерезидентів та осіб без громадянства - фотокопія посвідки на тимчасове чи постійне проживання іноземця та фотокопія паспорта іноземця або його ID картки;
9.10.3. засвідчена Застрахованою особою фотокопія реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) / індивідуального податкового номеру (ІПН);
9.10.4. фотокопія свідоцтва про народження Застрахованої особи-дитини (якщо Застрахована особа віком до 16-ти років) та фотокопія РНОКПП / ІПН дитини;
9.10.5. оригінал (або завірену медичним закладом копію) виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування; інформації про листок непрацездатності з Електронного реєстру листків непрацездатності, отриманої в електронному кабінеті застрахованої особи (її страхувальника за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням) на веб-порталі електронних послуг Пенсійного фонду України; інформацію про медичний висновок з Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я, отриманої за запитом через систему електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів, уключаючи з використанням Єдиного державного веб-порталу електронних послуг.
9.10.6. оригінали рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів по випадках, які є страховими за умовами Договору страхування;
9.10.7. оригінали рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт, завірені сторонами);
9.10.8. оригінали розрахункових та платіжних документів створених у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (уключаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної /розрахункової операції), отриманих Застрахованою особою від надавача послуг в належному вигляді, відповідному чинним нормативним вимогам до платіжних документів, про оплату медичних послуг/товарів Застрахованою особою, з медичних та аптечних закладів із зазначенням сплачених послуг чи назв сплачених медичних препаратів.
9.11. У випадку відшкодування витрат на стоматологічні послуги, Застрахованій особі, додатково до перелічених у п.9.10. Загальних умов документів, необхідно надати засвідчену медичною установою копію діючого на дату надання послуг листа-прейскуранта цін.
9.12. У випадку самостійної сплати Застрахованою особою профілактично-оздоровчих послуг, відшкодування витрат відбувається за умови надання Застрахованою особою, додатково до перелічених у п.9.10. Загальних умов документів:
- Договору про надання спортивно-оздоровчих послуг між надавачем цих послуг і Застрахованою особою (копія);
- Акту виконаних робіт (оригінал);
- розрахункові документи (оригінали) , що підтверджують фактично здійснену сплату Застрахованою особою за надані послуги (касові квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери) підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання оздоровчих послуг.
9.13. У випадку отримання Застрахованою особою медичних, стоматологічних та профілактично-оздоровчих послуг наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю або має приватний статус, необхідно додатково до перелічених у п.9.10. Загальних умов документів, надати :
9.13.1. фотокопію ліцензії на право надання таких послуг (якщо вид діяльності ліцензується згідно чинного законодавства України);
9.13.2. фотокопію виписки або витяга з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців;
9.13.3. витяг з Реєстру платників податку;
9.14. Для отримання страхової виплати за опціями «Ведення вагітності», «Пологи», «Виплата за фактом пологів» Застрахована особа, додатково до документів вказаних в п.9.10. Загальних умов, повинна надати Страховику наступний перелік документів, які підтверджують страховий випадок:
9.14.1. документ медичного закладу (оригінал довідки або виписки амбулаторної карти вагітної, засвідченої підписом та печаткою лікаря або виписний епікриз), що підтверджує факт настання страхового випадку, з зазначенням терміну вагітності;
9.14.2. Для отримання страхової виплати згідно опції «Виплата за фактом пологів» Застрахована особа повинна надати Страховику додатково до перелічених у пп. 9.10., 9.14.1. Загальних умов документів, належним чином завірену довідку з пологового будинку про факт народження дитини
9.15. **Заява та документи на отримання страхового відшкодування повинні бути надані Застрахованою особою, в строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати оплати наданих послуг**, з врахуванням терміну перебування на лікарняному/ виписки зі стаціонару, а також не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів після припинення або дострокового припинення дії цього Договору (в тому числі дострокового припинення дії Договору відносно конкретної Застрахованої особи), якщо страховий випадок настав протягом строку дії Договору.
У разі надання документів в строк, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.
9.16. Страховик має право перевіряти надану Застрахованою особою інформацію для класифікації події, що настала як страхової та вимагати надати додаткові медичні документи та документи Компетентних органів, що підтверджують факт настання заявленого страхового випадку і розмір понесених Застрахованою особою витрат. По документах, поданих в складі «Електронного пакету документів на відшкодування» Страховик має право вимагати від Застрахованої особи надання оригіналів документів, сканкопії яких були надані Страховику. Ненадання Застрахованою особою запитуваних Страховиком оригіналів документів, сканкопії яких були попередньо надані в складі «Електронного пакету документів на відшкодування» звільняє Страховика від обов'язку виплати страхового відшкодування по такому випадку в цілому чи до моменту надання належних оригіналів документів.
У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, медикаментів, тощо, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика, або ставить під сумнів настання страхової події, заявленої Страхувальником, Страховик має право направити Застраховану особу до іншого, незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я (на умовах п.5.6.3. Умов).
Наслідком відмови Застрахованої особи від надання підтверджуючих документів на вимогу Страховика чи відмови від додаткового обстеження за направленням Страховика у передбачених цим пунктом випадках, може бути відмова Страховика від виплати страхового відшкодування по заявленому випадку.
9.17 **Пакет Документів на страхове відшкодування , в складі переліку, зазначеного в пп.9.9.-9.14. Загальних Умов необхідно надати представнику Страховика - в ТОВ «МАРС Асистанс»** (ідентифікаційний код 38992204) за адресою: Україна, 02002, м. Київ, вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4 .

У випадку, якщо оригінали документів пересилаються поштою, рекомендується відправити їх листом з повідомленням про вручення, щоб уникнути можливої втрати при пересилці.
9.17.1. **Електронний пакет документів на відшкодування, підписаний КЕП (ЕЦП) на суму в межах 5 000,00 грн. (п'ять тисяч гривень),** Застрахована особа надсилає одним пакетом документів з індивідуальної електронної пошти на електронну адресу: meddoc@colonnade.com.ua
Надіслані електронним зв'язком документи не підписані КЕП (ЕЦП), чи підписані, але які не верифікуються на сайті Центрального засвідчувального органу Міністерства цифрової трансформації України Мінюсту: https://czo.gov.ua/verify, до розгляду не приймаються та вважаються не отриманими Страховиком.
9.18. **Рішення про страхове відшкодування, або відмову у страховому відшкодуванні** Застрахованій особі у випадках та на умовах, передбачених Розділом 9 Загальних умов, приймається Страховиком після отримання всіх належних документів від Застрахованої особи, необхідних для кваліфікації події як страховий випадок і здійснення страхового відшкодування /страхової виплати, **протягом 20 (двадцяти) робочих днів**, якщо інше не передбачено Договором.
9.19. **Страховик здійснює страхову виплату Застрахованому/Вигодонабувачу (у випадках, передбачених п. 9.1. Загальних Умов), протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату**, в т. ч. закладам охорони здоров'я та/або Асистансу, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асистансом, залежно від того, кому здійснюється виплата, якщо інше не передбачено Договором.
9.19.1. У разі прийняття рішення:
а) про страхову виплату - Страховик здійснює виплату згідно з Договором страхування;
б) про відмову у страховій виплаті - Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі (в тому числі засобами електронного інформування) з обґрунтуванням підстав відмови протягом 10-ти робочих днів з дня прийняття рішення.
9.20. Загальна сума всіх виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, визначеної для цього Застрахованого Договором страхування.
За опціями, що надаються в лімітах, сума виплат не може перевищувати ліміту за опцією (якщо такий передбачений Програмою страхування) або загального корпоративного (колективного)/агрегатного ліміту за опцією/набором опцій (якщо такий передбачений Програмою страхування), встановлених Договором для цієї Застрахованої особи.
9.21. Якщо за опціями, які включені до Програми, передбачено наявність індивідуальних лімітів, то **розмір індивідуального ліміту на певний період дії договору страхування для Застрахованої особи є пропорційним сплаченому періоду**, на який підключено Застраховану особу до Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором.
Якщо в період дії Договору страхування відбувається дострахування Застрахованих осіб (включення нових ЗО) на строк менше, ніж 1 рік, всі індивідуальні ліміти для таких Застрахованих осіб визначаються пропорційно (як відношення кількості фактичних днів страхування для цих осіб до річного строку дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором.).
9.22. У разі, якщо Програмою страхування передбачений **Корпоративний (Колективний) ліміт за опцією /набором опцій**, загальна сума виплат в рамках опції/набору опцій за якою є Корпоративний (Колективний) ліміт, не може перевищувати суми передбаченого Програмою Договору Корпоративного (Колективного) ліміту.
9.22.1. **Корпоративний (Колективний) ліміт** встановлюється на весь Договір (на всіх ЗО по Договору, крім тих Програм, на які застосування Корпоративного ліміту не передбачено) на рік. Його використання погоджується Страховиком з Страхувальником (уповноваженою особою Страхувальника).
Сума Корпоративного (Колективного) ліміту впродовж терміну дії Договору страхування може бути збільшено шляхом підписання додаткової Угоди до Договору та за умови сплати додаткової страхової премії , яка розраховується за формулою:
Str pr = «сума збільшення корпоративного ліміту» / (100 – «Витрати на ведення справи (ВВС)» з врахуванням п. 1.19 Загальних умов)*100
9.22.2. В разі здійснення попередньо погодженого Сторонами перевищення суми виплати по Корпоративному ліміту, передбаченого Програмою за цією послугою, Страхувальник, за вимогою Страховика, зобов'язаний в 10-денний строк з дня отримання вимоги, перерахувати на розрахунковий рахунок Страховика суму перевищення ліміту, або Страховик зменшує на суму перевищення, загальну суму Корпоративного ліміту або ліміту на кожну Застраховану особу за іншою опцією, передбаченою Програмою страхування, на вибір Страховика, шляхом укладання Додаткової угоди до Договору.
9.23. Страховик не відшкодовує витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору, або достроковому припиненні дії Договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи, за винятком обставин коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним та/або амбулаторно-поліклінічним лікуванням, розпочався в період дії Договору та погоджений з Асистансом Страховика.
В цьому випадку Страховик відшкодовує тільки витрати на:
- Стаціонарне лікування (цілодобове перебування) по випадках НСД (невідкладної стаціонарної допомоги), розпочате під час дії Договору, але не більше 14 (чотирнадцяти) календарних днів після закінчення дії Договору;
- Стаціонарне лікування (цілодобове перебування) по випадках ПСД (планової стаціонарної допомоги), розпочате під час дії Договору, але не більше 7 (семи) календарних днів після закінчення дії Договору;
- Експертизу тимчасової непрацездатності (закриття листка непрацездатності) за амбулаторними випадками, які відбулись під час дії Договору, але не більше 7 (семи) календарних днів після закінчення дії Договору;
- Медикаментозне лікування, яке призначене під час дії Договору за страховими випадками, які відбулись під час дії Договору, але не більше ніж на термін до 7 (семи) календарних днів після закінчення дії Договору.
Усі інші послуги, необхідні після закінчення дії Договору страхування - не є страховими випадками та не сплачуються/не відшкодовуються Страховиком.
9.24.1. Страхова виплата/відшкодування здійснюється виключно в національній валюті України в безготівковій формі.
9.25. У випадках, визначених чинним законодавством України, **при проведенні фінансових операцій, щодо яких необхідне проведення ідентифікації та верифікації**, Страхувальник / Застрахована особа / Вигодонабувач зобов'язані надати Страховику інформацію (документи, та їх належним чином завірені копії), на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

Розділ 10. Підстави відмови у страховій виплаті
10.1.Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат/ страхових відшкодувань є:
10.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку;
10.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

10.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
10.1.5. 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 (збитків);
10.1.6. наявність обставин, які є Винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;
10.1.7. ненадання Страховику повного комплекту документів відповідно до умов Розділу 9 Загальних умов протягом 12 (дванадцяти) місяців з дати настання страхового випадку;
10.1.8. інші випадки, передбачені цим Договором та/або чинним законодавством України.
10.2. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати/ страхового відшкодування може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.
10.3. **Причиною відмови Страховика у здійсненні страхових виплат/страхових відшкодувань також є:**
10.3.1. настання подій, які не є страховими випадками згідно з умовами Договору, включно, але не обмежуючись наступним:
10.3.1.1. якщо захворювання або інший розлад здоров'я виникли до моменту укладення Договору та поза територією дії Договору страхування, в тому числі, якщо за станом здоров'я Застрахована особа має групу інвалідності, а інформацію про це, на момент здійснення страхування, Страхувальник Страховику не надав;
10.3.1.2. якщо захворювання або інший розлад здоров'я виникли в результаті: дії ядерних ризиків, дії ризиків радіоактивного зараження, дії військових та пов'язаних з ними ризиків, дії воєнних ризиків, дії ризиків тероризму;
10.3.1.3. захворювання, пов'язані з епідеміями, стихійними явищами та їх наслідками, та при введенні комплексу державних карантинних заходів (за виключенням сезонного грипу);
10.3.2. ненадання Страховику документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і необхідних для здійснення страхової виплати, або надання їх не в повному обсязі, передбаченому умовами Договору;
10.3.3. навмисні дії Застрахованої Особи, спрямовані на настання страхового випадку;
10.3.4. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
10.3.5. надання Страхувальником / Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу, її стан здоров'я, або про факт настання страхового випадку та ненадання на момент здійснення страхування Страхувальником / ЗО інформації щодо наявності у Застрахованої особи групи інвалідності і захворювання, відносно якого призначена інвалідність (інвалідизуюче захворювання);
10.3.6. несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, в т. ч. невиконання умов вказаних в Частині С Договору.
10.3.7. ненадання лікарю-експерту Страховика (лікарю, який співпрацює з Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду;
10.3.8. невиконання (виконання неналежним чином) Страхувальником або Застрахованою особою обов'язків, встановлених Договором;
10.3.9. перевищення суми заявленої страхової виплати/відшкодування розміру страхової суми для Застрахованої Особи, суми корпоративних або індивідуальних лімітів на медичні послуги (допомогу), згідно з умовами Програми страхування, визначеними Договором.

Розділ 11. Винятки (Виключення) із страхових випадків та обмеження страхування
11.1. **Всі Винятки (Виключення)**, передбачені умовами Договору страхування є стандартними і застосовуються до всіх випадків, що виникають під час дії Договору крім тих, які окремо застережені Програмою страхування і включені в складі Опцій страхового покриття Програми страхування по Договору
11.2. Корпоративним (колективним) лімітом або індивідуальним Лімітом на Виключення з Програми страхування можуть покриватися зазначені нижче Виключення із страхового покриття, крім обумовлених пп. 11.3.1 - 11.3.4.; п.11.3.8; пп.11.3.10-11.3.13.; п.11.4.3.; 11.4.10.; 11.4.19.; 11.4.20.; 11.4.24.; 11.4.26; 11.7.4.3.; 11.7.5; 11.7.7; 11.8.2.-11.8.4.; 11.8.7, які є **абсолютним Виключенням,** якщо Опціями Програми їх покриття не обумовлене окремо.
11.3. За Договором Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у виплаті страхового відшкодування, якщо захворювання, травматичні ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи сталися внаслідок:
11.3.1. отруєння алкоголем або будь-якими іншими речовинами, що були вжиті Застрахованою особою, з метою або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи, або в зв'язку із діями під час знаходження Застрахованої особи у вказаних станах або під дією психотропних речовин;
11.3.2. випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою (або в результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі) у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під впливом психотропних речовин або лікувальних препаратів, що погіршують реакцію та увагу, або у хворому або втомленому стані;
11.3.3. випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою (або в результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі), яка не має права управляти таким транспортним засобом, в тому числі яка не має посвідчення водія на право керування транспортним засобом даної категорії;
11.3.4. вживання Застрахованою особою наркотичних речовин без призначення лікаря;
11.3.5. випадку, який стався в результаті занять Застрахованої особи професійним спортом, участі Застрахованої особи у спортивних тренуваннях, змаганнях, гонках, заняттях небезпечними видами спорту (мотоспорт, альпінізм, спелеологія, кінний спорт, глибоководне занурювання з аквалангом, спортивний дайвінг, парашютний спорт,стрибки з трампліну на лижах, авіаспорт, скалолазання, кінний спорт,санний спорт, автоспорт (автокросс, автогонки, баггі, карт), бокс, східні єдиноборства, дзюдо, самбо, карате і.т.інш., парусний спорт, тощо) якщо інше не було передбачене умовами Договору, Програмою страхування;
11.3.6. випадку, який стався в результаті переміщення Застрахованої особи повітряним або водним (підводним) апаратом, або у випадку управління ним Застрахованою особою, крім випадків переміщення Застрахованої особи як пасажира на літаку цивільної авіації або на засобі водного транспорту, ліцензованих для перевезення пасажирів та керованих особою, що має відповідні повноваження;
11.3.7. польоту Застрахованої особи на безмоторних літальних апаратах, моторних планерах, суперлегких літальних апаратах, а також стрибків з парашутом;
11.3.8. проходження Застрахованою особою служби в будь-яких збройних силах та військових формуваннях;
11.3.9. самогубства (замаху на самогубство) Застрахованої особи або умисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних

ушкоджень або інших умисних дій Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;
11.2.10. здійснення Застрахованою особою протиправних дій, що знаходяться у прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням страхового випадку;
11.3.11. надзвичайних подій (ситуацій), станів, облоги, оголошених органами влади у встановленому законом порядку;
11.3.12. під час оголошеної або неоголошеної війни, збройного конфлікту, військових, воєнних та бойових дій, дій будь-яких законних чи незаконних військових, воєнізованих, збройних формувань, бандитизму, диверсії, найманства, повстання, революції, заколоту, путчу, бунту, дій, спрямованих на зміну чи повалення конституційного ладу, захоплення державної влади, посягання на територіальну цілісність, громадянських (масових) заворушень, інших масових порушень громадського порядку, самоуправства, вчинення терористичних актів, здійснення терористичної діяльності, проведення антитерористичних операцій, встановлення військових режимів або надзвичайних положень в країні, народних хвилювань усякого роду або страйків, локаутів, блокад, и, дій та розпоряджень самопроголошених (не передбачених законодавством України) органів влади та незаконних збройних чи воєнізованих формувань, впливу будь-якої зброї (мін, бомб, снарядів, ракет тощо), покинутих знарядь війни (зброї та боєприпасів);
11.3.13. використання чи зберігання ядерної зброї; впливу ядерної енергії в будь-якій формі; будь-яких подій, пов'язаних із застосуванням Застрахованою особою, випробуванням або зберіганням нею вогнепальної зброї або боєприпасів, вибухових або отруйних речовин;
11.3.14. професійних захворювань, а також порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху.

11.4. Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

11.4.1. лікарськими призначеннями, що не відповідають стандартам якості діагностик/досліджень та лікування за протоколами лікування Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), які діють на дату звернення Застрахованої особи за медичною допомогою;
11.4.2. всіма видами протезування, всіма видами послуг по підготовці до протезування (крім стоматології); придбанням чи ремонтом медичних пристроїв, що заміщують або корегують функції уражених органів; оперативним лікуванням, пов'язаним з видаленням чи корекцією даних пристроїв ; металоконструкцій для проведення остеосинтезу, тощо;
11.4.3. придбанням та ремонтом допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправи для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, протезів;
11.4.4. з лікуванням (в тому числі хірургічному) травм, отриманих до початку дії Договору страхування, навіть якщо за станом здоров'я Застрахованому необхідне таке лікування, за виключенням випадків екстреної медичної допомоги в ургентних ситуаціях;
11.4.5. кардіохірургічними операціями (у т. ч. шунтування, стентування), нейрохірургічними операціями, операціями на серці та судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався протягом строку дії Договору страхування та підтвердженого документально як «нещасний випадок»;
11.4.6. комплексним лікуванням захворювань та станів, що потребують заміщувальної терапії; лікуванням захворювань, що потребують постійного прийому медикаментів (підтримуюча терапія), за виключенням гострих станів, строком не більше одного місяця на рік;
11.4.7. плановою діагностикою та лікуванням хронічних захворювань (в т. ч. ендокринної патології), за виключенням гострих станів, строком не більше одного місяця на рік);
11.4.8. проведенням ліпідограми, імунограми;
11.4.9. імунізацією, вакцинацією (крім того, що включено в Програму медичного страхування), лікуванням імуномодуляторами;
11.4.10. будь-якими медикаментами, офіційно не зареєстрованими в Україні, як лікарські засоби;
11.4.11. будь-яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання (крім медикаментів, включених в Програму страхування);
11.4.12. хондропротекторами (препаратами на основі глюкозаміну (глюкозаміну гідрохлорид і глюкозаміну сульфат), хондроїтинсульфату, гіалуронової кислоти, а також діацереїн);
гепатопротекторами (крім того, що включено в Програму медичного страхування);
11.4.13. пробіотиками, еубіотиками (крім того, що включено в Програму медичного страхування);
11.4.14. препаратами, що знижують рівень ліпідів крові;
11.4.15. протигрибковими препаратами (крім випадків застосування у комплексній терапії з антибіотиками);
11.4.16. препаратами ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол);
11.4.17. біологічно активними та харчовими добавками (БАД); вітамінами (крім того, що включено в Програму медичного страхування);
11.4.18. косметичними засобами, шампунями, пастами; засобами для дезінфекції;
11.4.19. сольовими розчинами для промивання носа;
11.4.20. засобами особистої гігієни; засобами особистого догляду (сечо-, калоприймачами, одноразовим одягом, простирадлами, тощо);
11.4.21. препаратами-аналогами гонадотропін – рілізінг - гормону (золадекс, діферелін та інше);
11.4.22. препаратами групи каберголіну;
11.4.23. нейролептиками, транквілізаторами, антидепресантами, психотропними, ноотропними засобами;
11.4.24. медичним засвідченням для видачі довідок (носіння зброї, виїзд за кордон, вступ в учбові заклади, для санаторно-курортного лікування та інші) та видача таких довідок;
11.4.25. лазерною корекцією зору; офтальмологічними операціями, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій ока, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався протягом строку дії Договору та підтвердженого документально як «нещасний випадок»;
11.4.26. усіма методами обстеження, пов'язаними з променевими навантаженнями (КТ, МРТ, рентген та інші) без призначення профільного спеціаліста.
11.4.27. медичною допомогою та медичними послугами, що надаються не лікарем, або що не були призначені лікуючим лікарем, або що надаються за бажанням Застрахованої особи, в тому числі, витрати на придбання медикаментів без призначення лікаря та медикаментів курсом лікування більше ніж 30 (тридцять) днів за одним страховим випадком;
11.4.28. медичною допомогою та медичними послугами, що не є обґрунтованими та необхідними з медичної точки зору або не мають лікувальних цілей;
11.4.29. медичною допомогою та медичними послугами, що були надані повторно та є аналогічними раніше вже отриманим медичним послугам та медичній допомозі у іншого постачальника таких послуг та допомоги стосовно одних й тих самих скарг, симптомів, синдромів, станів або захворювань, крім випадків, що були погоджені Страховиком;
11.4.30. медичною допомогою та медичними послугами, що надаються Застрахованій особі, яка має призначену групу інвалідності , пов'язані з лікуванням та профілактикою захворювань, за якими Застраховані особі призначена група інвалідності.
11.4.31. медичною допомогою та медичними послугами, що мають дослідницький, науковий або експериментальний характер;

11.4.32. медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для зміни маси тіла або для лікування ожиріння;
11.4.33. медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для естетичних або косметичних цілей, крім реконструктивної хірургії, коли така операція є частиною або відбувається за початковою операцією, яка була здійснена у зв'язку із страховим випадком;
11.4.34. медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для зміни будь-якого органу з метою поліпшити психічне або емоціональне становище Застрахованої особи;
11.4.35. придбанням протезів різного характеру та призначення, окулярів, контактних лінз (крім того, що зазначено в Програмі медичного страхування), слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, ортопедичних пристосувань, інвалідних візків, отриманням візуальної терапії або на будь-який огляд або підбирання схожих пристроїв;
11.4.36. пересадкою органів, а також з самими органами, включно з пошуком та доставкою таких органів, а також з оплатою донорів, крім випадків лікування травм, що сталися внаслідок нещасного випадку в період дії Договору страхування або їх наслідків;;
11.4.37. пересадкою тканин, а також самі тканини, за винятком лікування опіків та травм, що сталися в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору страхування;
11.4.38. доглядом та лікуванням випадіння волос, включаючи перуки, пересадку волосся або будь-які препарати, які сприяють росту волосся, незалежно від того, призначено це лікарем чи ні;
11.4.39. лікуванням, що стало необхідним у зв'язку з ускладненнями або наслідками попереднього лікування, яке не підпало під страхове покриття згідно з умовами Договору;
11.4.40. наданням наркологічної допомоги;
11.4.41. застосуванням методів загальної анестезії при діагностичних дослідженнях, маніпуляціях та малих оперативних втручаннях при амбулаторно-поліклінічній допомозі (АПД) на догоспітальних етапах, окрім медичних ситуацій, при яких загальна анестезія є абсолютним показанням;
11.4.42. отриманням Застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків;
11.4.43. страхових платежів іншим страховим компаніям, лікарських засобів діагностичних послуг, що передбачені державними програмами;
11.4.44. отримання медичних послуг в умовах стаціонару, у разі, якщо такі послуги можуть бути отримані амбулаторно або в умовах денного стаціонару (за призначенням лікаря);
11.5. захворюваннями (та пов'язаними з ними станами) на наступні хвороби:
11.5.1. туберкульоз та його ускладнення (крім того, що включено в Програму медичного страхування);
11.5.2. онкологічні (добро- та злоякісні) захворювання, в тому числі захворювання крові (крім того, що включено в Програму медичного страхування);
11.5.3. порушення менструального циклу;
11.5.4. хронічна ниркова та/або печінкова недостатність, що потребує гемодіалізу;
11.5.5. гепатит С, хронічний гепатит В;
11.5.6. цироз;
11.5.7. особливо небезпечні інфекційні хвороби (Наказ МОЗ України від 19.07.95 № 133);
11.5.8. ВІЛ- та/або СНІД- інфекції, незалежно від терміну виявлення;
11.5.9. психічні та невротичні стани та розлади, що відносяться до системних атрофій (МКБ: G10-G13), екстрапірамідні та інші порушення (G20-G30), дегенеративні і демілінізуючі захворювання нервової системи (G30-G32, G35-G37), вегето-судинна та нейроциркуляторна дистонії (окрім гострих станів); порушення мови та сну; енурез;
11.5.10. спадкові захворювання, що пов'язані з порушенням хромосомного набору;
11.5.11. вроджені аномалії, стани та вади розвитку; перинатальні пошкодження та їх наслідки; дитячий церебральний параліч (G80); розлади церебрального статусу та м'язового тонусу у новонароджених (P91);
11.5.12. захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою, (D50-D61), (D63-D77);
11.5.13. епілепсія (за виключенням випадків вираженого загострення захворювання, що загрожує життю Застрахованого - на період надання екстреної медичної допомоги);
психічні захворювання і їх ускладнення, в тому числі наданням послуг психолога , психотерапевта (МКБ-10:F00-F99);
11.5.14. дитячий церебральний параліч (ДЦП);
11.5.15. цукровий діабет та його ускладнення (крім того, що включено в Програму медичного страхування);
11.5.16. видалення бородавок, папілом, ліпом, атером, дермоїдних кіст (крім випадків травмування утворень);
11.5.17. ендометріоз, ерозія шийки матки, фіброміома, кісти, поліпи, мастопатія;
11.5.18. герпетична інфекція (включаючи інфекцію EBV, CMV);
11.5.19. мікози та онихомікози кінцівок; мікроспорія, трихофітія, актиномікоз, бластомікоз, кокцилоідоз, фавус, різнокольоровий і стригучий лишай;
11.5.20. себорея, себорейний дерматит;
11.5.21. системні захворювання шкіри та її придатків (псоріаз, нейродерміт, екзема, вугрове захворювання, фолікулярний кератоз, дизгідроз, розацеа, педикулез, чесотка, алопеція, витиліго, ламкість нігтів (МКБ-10, L55-L59; L60-L75), атопічний дерматит (L20);
11.5.22. діагностика та лікування інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (в тому числі амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін. гельмінтози);
11.5.23. паразитарні захворювання шкіри (дерматозоонози) в т. ч. демодекоз, короста;
11.5.24. деміелінілізуючі захворювання (розсіяний склероз та інше);
11.5.25. бронхіальна астма (крім періодів загострення строком не більше 1 місяця на рік);
11.5.26. хронічні ревматоїдні захворювання;
11.5.27. системні захворювання сполучної тканини, в т. ч. ревматоїдний артрит (МКБ-10: М05-М06), васкуліти, системний червоний вовчак, дерматополіміазид, системний склероз (склеродермія), сухий синдром (Шегрена), гіпермобільний синдром розхитаності, надлишкової рухливості (МКБ-10:М30-М36) в т. ч. локалізовані форми ураження сполучної тканини (дискоїдна вовчанка, лінійна склеродермія); ревматизм, саркоїдоз, муковісцидоз тощо;
11.5.28. далекозорість, короткозорість, астигматизм, катаракта, глаукома, косоокість, крім станів, що потребують невідкладної допомоги; синдром «сухого ока», (Н16.2);
11.5.29. неспецифічні вагініти, бактеріальні вагінози та уретропростатити;
11.5.30. вікові дегенеративно-метаболічні та дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, в тому числі:
катаракта, глаукома, дистрофія тканин різної локації, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, енцефалопатія, деформуючий остеоартроз, деформуючі дорсопатії, хвороба Бехтєрєва, артрози, артрити, подагра, остеопороз, остеохондроз, клімакс, кератоконус і т. п.;

11.5.31. хронічні хвороби периферійних судин (в т. ч. варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гострий геморой, гемороїдальні кровотечі)(I83); облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність);
11.5.32. діагностика та лікування синдрому хронічної втоми, імунодефіцитних станів;
11.5.33. комплексне обстеження на TORCH - інфекції та носійство та лікування;
11.5.34. діагностика та лікування хвороб, що передаються статевим шляхом за класифікацією Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я: класичні венеричні хвороби: сифіліс, гонорея, шанкроїд, лімфогранулематоз паховий, гранульома венерична;
11.5.35. інші інфекції, що передаються статевим шляхом:
11.5.35.1. з переважним ураженням статевих органів – сечостатевий хламідіоз, сечостатевий трихомоніаз, кандідозні вульвовагініти і баланопостіти, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві бородавки, генітальний контагіозний молюск, гарднерольозний вагініт, уреаплазмоз, урогенітальний шигельоз гомосексуалістів, лобковий педикульоз, папіломавірус;
11.5.35.2. з переважним враженням інших органів – цитомегалія, та інше.
11.5.36. захворюваннями Застрахованих осіб з інвалідністю, за якими Застрахованому була призначена група інвалідності. Інвалідизуюче захворювання та стани, пов'язані з ним по Застрахованим особам з інвалідністю не підпадає під страхове покриття (за винятком випадків використання корпоративного ліміту на виключення при його наявності в Програмі для застрахованого та умов, передбачених Частиною С Договору страхування).
11.6. **Страховик не визнає випадок страховим та не здійснює страхову виплату:**
11.6.1. у зв'язку з супроводженням вагітності та пологів (крім того, що включено в Програму страхування);
у зв'язку з абортом або операцією вакуум-екстракції плода, крім випадків штучного переривання вагітності за абсолютними медичними показаннями, спричиненими захворюванням або нещасним випадком та/або з метою рятування життя Застрахованої особи;
у зв'язку з направленням на штучне запліднення, стерилізацію, процедури із запобігання вагітності, медичною допомогою та медичними послугами, що спрямовані на сприяння або на запобігання запліднення (включаючи але не обмежуючись: штучне запліднення, лікування безпліддя або імпотенції, стерилізація або дестерилізація, проведення тестів на вагітність (окрім проведення тестів в стаціонарних умовах за медичними показаннями), придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних препаратів, спіралей);
11.6.2. у зв'язку з пластичною чи відновлювальною хірургією, косметологічними операціями (у т. ч. планова герніопластика, ринопластика, венектомія тощо), крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями (життєво необхідна, без проведення якої може виникнути безпосередня загроза життю Застрахованої особи), або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні (травмі), яке сталося в період дії Договору страхування;
11.6.3. у зв'язку з лікуванням експериментальними методами, методами мануальної терапії, рефлексотерапії, гірудотерапії, хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- та натуротерапії, у зв'язку з мовною, професійно-технічною, гомеопатичною терапією, голкотерапією, лікуванням сном або музикою тощо, а також лікуванням нетрадиційними методами (крім того, що включено в Програму страхування);
11.6.4. у зв'язку з наданням послуг медичною установою, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення відповідної лікарської діяльності;
11.6.5. у зв'язку з реабілітацією, відновлювальним лікуванням та фізіотерапією, окрім того, що включено за Програмою та випадків необхідної лікувальної фізкультури (ЛФК) та фізіотерапії після стаціонарного лікування гострих захворювань або загострень хронічних захворювань протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб;
11.6.6. у зв'язку із здійсненням Застрахованою особою самолікування;
11.6.7. у зв'язку з прямим чи побічним впливом психічного захворювання Застрахованої особи, якщо під час нещасного випадку Застрахована особа була в неосудному стані;
11.6.8. у зв'язку з недотриманням Застрахованою особою призначень та рекомендацій лікаря, порушенням режиму лікувального закладу;
11.6.9. у зв'язку з проходженням профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби), окрім того, що передбачено Програмою;
11.6.10. у зв'язку з проведенням альтернативних консультацій, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, окрім 1 альтернативної консультації за попереднім погодженням з Асистансом; переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
11.6.11. у зв'язку з лікуванням станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та інш.), окрім медикаментозного лікування, передбаченого Програмою;
11.6.12. у зв'язку з отриманням послуг косметолога, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, гомеопата, якщо інше не передбачено Програмою;
11.6.13. у зв'язку з застосуванням косметологічних препаратів та процедур, якщо інше не передбачено Програмою;
11.6.14.у зв'язку з трансплантацією органів та тканин, окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошук та доставка органів для трансплантації; придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів; будь-яке протезування (в тому числі ендопротезування суглобів), операції на серці, та лікування ускладнень, пов'язаних з ними, окрім протезування зубів в стоматології (з урахуванням лімітів за Програмою страхування) та невідкладних випадків операції на серці (життєво необхідної, без проведення якої виникла безпосередня загроза життю застрахованих осіб);
11.6.15. у зв'язку з оперативними втручаннями на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);
11.6.16. у зв'язку з екстракорпоральними методами лікування: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез та інших;
11.6.17. у зв'язку з отриманням медичних послуг, які не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги, та послуг, які не передбачені Програмою страхування для Застрахованої особи.
11.7. Страховик не оплачує та не відшкодовує Застрахованій особі:
11.7.1. вартість препаратів для проведення хіміотерапії та вартість психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків;
11.7.2. вартість лікування і діагностики алергічних реакцій (крім гострих станів (набряк Квінке, анафілактичний шок, синдром Лайела), які вимагають невідкладного лікування); вартість проведення алергологічних тестів;
11.7.3. вартість інсуліну (крім випадків надання невідкладної допомоги при станах здоров'я, що загрожує життю Застрахованої особи та крім випадків підбору дози препарату при цукровому діабеті, що був вперше виявлений протягом строку дії Договору);

11.7.4. вартість витратних матеріалів: виробів медичного призначення, які входять до «Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення», а також підпадають під «Порядок Державної реєстрації медичної техніки та виробів медичного призначення» відповідно до чинного законодавства, в тому числі:
11.7.4.1. медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів: трансплантати, протези, імплантати, ендопротези, стенти, пролінові сітки; Витрати на планове видалення металоконструкцій, встановлених поза періодом безперервної дії Договорів страхування в ПрАТ «СК «Колоннейд Україна»;
11.7.4.2. медичне устаткування (набори для емболізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, електроди, ріжучі петлі, деартерилізації, артроскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу тощо), крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу;
11.7.4.3. інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри тощо), лінзи тверді та м'які;
11.7.4.4. еластичний бинт, скотч-каст (крім застосування при переломах та пошкодженнях зв'язок);
11.7.5. проведення профілактичного масажу (якщо він не передбачений Програмою страхування);
11.7.6. вартість лікування/ лікарських засобів (медикаментів), необхідних для проведення тривалого або постійного прийому при хронічних захворюваннях (станах) (крім стадії вираженого загострення, в період якого Страховик оплачує вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи) строком понад 30 (тридцять) днів;
11.7.7. витрати на лікування методами народної та нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, тощо);
11.7.8. моральні збитки та упущену вигоду та витрати, понесені третіми особами (крім Асистансу та Вигодонабувачів, визначених Договором), якщо вони здійснили оплату за отримані медичні послуги, медикаменти і т. інш. за Застраховану особу;
11.7.9. профілактичне лікування (крім того, що включено в Програму страхування), санаторно-курортне лікування;
11.7.10. вартість медичних послуг, медикаментів та витратних матеріалів, які не передбачені Програмою страхування;
11.7.11. медичні послуги, які отримано або потребує Застрахована особа з призначеною групою інвалідності 1-3 групи (про інвалідність якої було відомо на момент укладення Договору страхування), що знаходяться у прямому зв'язку з причинами призначення групи інвалідності (відповідно до висновку Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК)), крім станів, що загрожують життю. В станах із загрозою життю надається страхове покриття до 7 (семи) календарних днів;
11.7.12. витрати на благодійні внески, придбання харчових добавок, стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь тощо), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), дезинфікуючих засобів, засобів санітарії та гігієни;
11.7.13. витрати на медичне обстеження, якщо немає ніякого погіршення здоров'я, включаючи діагностику (медкомісія водіїв, для одержання дозволу на носіння зброї тощо, довідки для відвідування дитячих дошкільних закладів, для школи тощо) окрім профілактичного огляду в обсягах, включених до Програми страхування;
11.7.14. витрати на корекцію ваги або хірургічного лікування ожиріння;
11.7.15. витрати на перебування у стаціонарі для одержання опікунського догляду;
11.7.16. надання додаткового комфорту, а саме: кондиціонера, зволожувача повітря, послуг перукаря, косметолога;
11.7.17. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Застрахована особа отримала медичні та інші послуги, які не передбачені Програмою медичного страхування, та/або якщо Застрахована особа отримала медичні та інші послуги без попереднього звернення до Асистуючої компанії (Асистансу) Страховика, окрім випадків, коли є загроза життю Застрахованої особи.
11.8. Страховик не сплачує та не організовує наступні товари та послуги:
11.8.1. виклик до дому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних фахівців, лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
11.8.2. медичні довідки для поліції та інших організацій, довідки для володіння зброєю, відвідування басейну, в тому числі профоогляди для отримання таких довідок;
11.8.3. організація медичної допомоги (крім випадків невідкладної допомоги), якщо спілкування Застрахованої особи з Асистансом відбувається з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови;
11.8.4. використання індивідуальної пластикової картки (електронного полісу страхування) особою, яка не є Застрахованою особою по Договору, з метою отримання медичних послуг за Програмою страхування;
11.8.5. вартість консультативних послуг у випадку відсутності Застрахованої особи вдома при виклику лікаря додому. Відсутність у Застрахованої особи під час консультації, огляду чи проведення обстеження зафіксованих письмово скарг чи симптомів на підставі яких була організована консультація; неявка Застрахованої особи на консультацію без поважних на те причин чи без попередження Асистансу. У цих випадках надання амбулаторно-поліклінічної допомоги при наступному зверненні сплачується Застрахованою особою самостійно у розмірі повної вартості наданих послуг;
11.8.6. консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження, призначені:
- з профілактичною метою, в тому числі перед плановою вакцинацією, оформленням довідок в дитячі установи та лікувально-профілактичні заклади;
- у зв'язку з періодичним диспансерним наглядом, а також у зв'язку з лікуванням, діагностикою і наглядом за протіканням хронічних захворювань поза стадією загострень,
окрім включених відповідних Опцій до Програми страхування;
11.8.7. доставка листка непрацездатності в офіс, додому.
11.9. **Санкційне застереження**. Сторони погодили, що Страховик має право призупинити виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Вигодонабувачу) за Договором, у випадку застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача санкцій відповідно до законодавства України та/або санкцій, заборон або обмежень відповідно до резолюцій Організації Об'єднаних Націй, норм законодавства Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Федеративної Республіки Німеччини, Швейцарської Конфедерації, Сполучених Штатів Америки, Канади. При цьому Страховик зобов'язується письмово повідомити Страхувальника про прийняття рішення щодо призупинення здійснення страхового відшкодування згідно з цим пунктом Договору протягом 2 (двох) робочих днів з дати прийняття такого рішення, з обов'язковим наданням Страхувальнику копій документів та/або посилань на нормативні акти (з зазначенням їх реквізитів та офіційних інтернет-джерел, на яких вони розміщені), на підставі яких Страховиком було прийнято рішення призупинити виплату страхових відшкодувань згідно з цим пунктом Договору. Після припинення застосування до Страхувальника та/або Вигодонабувача вказаних санкцій та/або заборон та/або обмежень Страховик відновлює виплати страхових відшкодувань Страхувальнику (Вигодонабувачу) за Договором, в тому числі тих, що підлягали виплаті під час дії зазначених санкцій та/або заборон та/або обмежень.

Розділ 12. Відповідальність Сторін за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору
12.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
12.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Застрахованій особі Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі, яка набуває прав Страхувальника, пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше 10% від суми страхової виплати.

12.3. За несвоєчасне перерахування страхового платежу Страхувальник сплачує Страховику пеню у розмірі 0,01% від розміру належного страхового платежу за кожен день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла на день прострочення страхового платежу.
12.4. У випадку необґрунтованої відмови медичної установи у наданні Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, або неповного надання медичної допомоги, Страховик, після отримання відповідної письмової заяви Застрахованої особи/Страхувальника, у найкоротший строк вживає заходів щодо забезпечення надання Застрахованій особі цих послуг у відповідному обсязі, передбаченому Програмою Страхування.
12.5. У випадку ліквідації, зміни переліку послуг, а також інших об'єктивних причин, незалежних від Страховика, внаслідок яких Застрахована особа не може обслуговуватися в медичній установі, відповідно до обраної Програми медичного страхування, Страховик гарантує оплату медичних послуг в іншому медичному закладі з аналогічним рівнем цін на медичні послуги і рівнем якості надання цих послуг.
12.6. Сторони повністю звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов’язків за Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 3 (трьох) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. Після припинення дії (впливу) обставин непереборної сили зобов'язання за Договором, строк виконання яких настав, підлягають негайному виконанню. До обставин нездоланної сили належать:
12.6.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що заперечують виконання обов’язків за Договором страхування;
12.6.2. аварії, пожежі, катастрофи, вибухи, землетрус, військові/воєнні дії, маневри військ, народні заворушення, епідемії, пандемії, які офіційно оголошені, що виникли на території України після укладення Договору.

Розділ 13. Порядок вирішення спорів
13.1. Спори між Сторонами Договору щодо дотримання умов страхування вирішуються шляхом переговорів та/або в порядку, передбаченому чинним законодавством України, Загальними умовами та Договором страхування.
13.2. Страховик має право вимоги щодо повернення страхової виплати/відшкодування (її частини) протягом 3 (трьох) років, починаючи з дати здійснення страхової виплати/відшкодування, якщо на те є грунтовні підстави, передбачені чинним законодавством та/або Договором страхування.

Розділ 14. Захист персональних даних
14.1. Сторони, у зв’язку з Договором страхування, передають одна одній точні та достовірні персональні дані своїх представників, Застрахованих або інших осіб - суб’єктів персональних даних.
14.2. На підставі Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI Застрахована особа надає свою безстрокову згоду Страховику на обробку та використання її персональних даних, зазначених у Договорі та будь-яких інших документах, що надаються, або будуть отримані для укладення, внесення змін, розірвання або виконання Договору, в тому числі паспортних даних, РНОКПП / ІПН, даних щодо місця роботи, місця проживання, місця реєстрації, стану здоров'я, номери засобів зв'язку, адреси електронної пошти, реквізити банківського рахунку, інших даних, які надаються особою добровільно з метою реалізації мети обробки.
Метою обробки та використання персональних даних Застрахованої особи є забезпечення укладення, внесення змін, розірвання або виконання Договору, реалізація інших відносин у сфері страхування, фінансових послуг та послуг Асистансу, адміністративно-правових відносин, податкових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку, відносин у сфері обліку та звітності.
14.3. Сторони гарантують, що будь-які персональні дані, що передаються відповідно до умов Договору, отримані, обробляються та передаються відповідно до вимог чинного законодавства України в сфері захисту персональних даних.
14.4. Сторони гарантують, що вони отримали згоду на обробку та передачу персональних даних, що передаються іншій Стороні, від відповідних суб’єктів персональних даних.
14.5. Сторони гарантують, що передача та обробка персональних даних у зв’язку з Договором страхування обмежується метою обробки персональних даних, що зазначена у згоді на обробку персональних даних відповідного представника Сторони, яка передає персональні дані, або в чинному законодавстві України.
14.6. Сторони гарантують, що всі суб’єкти, персональні дані яких передаються, були належним чином повідомлені про свої права, мету обробки персональних даних та осіб, яким ці дані передаються, відповідно до чинного законодавства України.
14.7. У разі порушення однією із Сторін вимог законодавства про захист персональних даних, інша Сторона не несе відповідальності за таке порушення. Сторони зобов’язуються відшкодувати одна одній будь-які збитки та витрати, пов’язані із розглядом або задоволенням будь-яких претензій з боку суб’єктів, чиї персональні дані передаються відповідно до цього розділу Договору та чиї права були порушені через невиконання відповідною Стороною зобов’язань, передбачених розділом Договору, а також інші витрати або збитки.
14.8. Сторона, що отримала персональні дані відповідно до умов цього Договору, обробляє такі персональні дані виключно у зв’язку з Договором та не включає їх у власні бази даних.
14.9. Страхувальник підтверджує, що Застрахована особа повідомлена у письмовій формі про включення її даних до бази персональних даних, про її права, визначені Законом України «Про захист персональних даних» та осіб, яким передаються персональні дані.
Згода Застрахованої особи на обробку її персональних даних не вимагає здійснення письмових повідомлень про зміну чи знищення персональних даних або обмеження доступу до них, передачу персональних даних третім особам. Згода Застрахованої особи на обробку її персональних даних діє протягом невизначеного строку та не припиняється з закінченням дії Договору. Пред'явлення вмотивованої вимоги щодо зміни або знищення персональних даних Застрахованої особи можливе, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними.
14.10. Сторони забезпечують всі необхідні організаційні та технічні засоби для належного захисту отриманих персональних даних від несанкціонованого доступу або обробки.
14.11. У випадку відкликання суб’єктом персональних даних своєї згоди на обробку переданих персональних даних у базі даних однієї із Сторін, така Сторона зобов’язана повідомити іншу Сторону про строк та умови припинення обробки персональних даних такого суб’єкта. Повідомлення вважається поданим належним чином, якщо воно відправлено Стороною договору рекомендованим листом чи доставлене кур’єром за адресами, вказаними в Договорі страхування.

Розділ 15. Інші умови
15.1. У разі, якщо курс гривні до євро на дату сплати чергового платежу збільшиться на 10% і більше відносно базового курсу валютування Договору, визначеного на дату укладення Договору страхування в Частині А, Страховик має право переобчислити розмір страхової премії по всіх Програмах, передбачених Договором, на період, що залишився до кінця його дії у відповідній пропорції

до зміни курсу валюти на момент переобчислення премії до курсу валютування Договору.
Сума доплати Страхової премії сплачується Страхувальником протягом 5 (п’яти) робочих дні з моменту пред'явлення такої вимоги Страховиком.
Зміна розміру страхової премії відбувається шляхом підписання Додаткової Угоди до Договору страхування.
15.2. Сторони зобов’язуються дотримуватися таємниці страхування та конфіденційності стосовно будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору. Страховик, страховий посередник та інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, забезпечують збереження такої інформації, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб та у випадку її розголошення несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.
15.3. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що він отримав всю доступну та вичерпну інформацію в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та статтями 85-88 Закону України «Про страхування». Страхувальник засвідчує, що зазначена інформація є доступною на веб-сайті Страховика за посиланням https://colonnade.com.ua/, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, та прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору.
15.4. Якщо страховий платіж сплачується в іноземній валюті Договір страхування передбачає наступні умови:
15.4.1. усі платежі, будь-яким чином пов'язані з перерахуванням Страхувальником страхового платежу (включаючи комісії банка-посередника та банка Страхувальника) відбуваються за рахунок Страхувальника;
15.4.2. страхова сума та ліміти відповідальності за Програмою та в цілому за Договором зазначаються виключно у валюті України.
15.5. Курс валютування за Договором встановлюється один раз на дату підписання Договору, діє протягом усього строку дії Договору та дорівнює курсу Національного Банку України на дату підписання Договору (якщо інше не застережено Договором).
15.6. Застраховані особи, визначені у Списку Застрахованих осіб (Частина В Договору), дають згоду на отримання ними звернень (повідомлень, звітів, запитів тощо) по предмету Договору від Страховика засобами SMS розсилок, поштового зв'язку, електронною поштою, телефоном та/або факсимільним зв'язком.
15.7. Підписуючи Договір Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про Страхування» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені Статтею 87 Закону (надалі – інформація). Зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет https://colonnade.com.ua/, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав’язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір не укладається Страховиком та Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страховик та Страхувальник мають необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.
15.8.Страхувальник підтверджує, що інформація щодо:
-страхової послуги, вартості цієї послуги для нього; відомостей про ліцензію на здійснення діяльності із страхування та спосіб перевірки її актуальності; наявності і виду винагороди, яку отримає страховий посередник при укладенні договору страхування;
-умов на надання додаткових страхових послуг та їх вартість; переліку послуг із страхування, які можуть надаватися Страховиком на запит клієнта, порядку та умов консультування клієнтів щодо страхових послуг;
-інформації про будь-які інші платежі (крім страхових премій), які клієнт буде зобов'язаний сплатити у разі укладення договору страхування; порядку сплати податків і зборів за його рахунок в результаті отримання страхової послуги;
-правових наслідків на порядку здійснення розрахунків із ним внаслідок дострокового припинення Договору страхування;
-інформацію про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу страховика, за якою приймаються скарги клієнтів);
-реквізитів органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізитів органів з питань захисту прав споживачів;
-розміру винагороди фінансової установи у разі, коли вона пропонує страхові послуги, що надаються іншими фінансовими установами;
надана йому до укладення та підписання Договору страхування та зрозуміла.
15.9. Сторони підтверджують та гарантують, що жодне з положень Договору не призводить до утворення спільного підприємства, простого товариства, або виникнення іншої форми об'єднання з метою ведення спільної підприємницької діяльності з об'єднанням вкладів або без нього.
15.10. Страхувальник та Страховик погодили використання електронного документообігу і кваліфікованого електронного підпису при виконанні Договору, в тому числі при складанні первинних облікових документів, із дотриманням законодавства України про електронні документи та електронний документообіг та законодавства України у сфері кваліфікованого електронного підпису. Сторони дійшли згоди здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісу електронного документообігу «ВЧАСНО» - https://vchasno.ua/ (далі – «Сервіс») та відповідно до правил вказаного сервісу документообігу з застосування кваліфікованих електронних підписів уповноважених осіб Сторін.
Документи на виконання умов Договору, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (далі по тексту - «електронні документи»), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних та які містять усі обов’язкові реквізити з накладанням кваліфікованого електронного підпису уповноваженої особи. При цьому, використання печатки під час підписання документів в електронному вигляді не є обов’язковим. Сторони погодили, що електронний документообіг через онлайн-сервіс «Вчасно» здійснюється за адресами електронної пошти Сторін, що вказуються у Договорі страхування.
Про зміну вказаних адрес електронної пошти Сторони повідомляють одна одну в письмовій формі в триденний термін із дня їх зміни.
15.11. Кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.
Кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного кваліфікованого підпису.
Сторони досягли згоди, що датою оформлення (складання) електронного документа вважається дата, що зазначена в документі Стороною, яка сформувала такий документ та надіслала його іншій Стороні через Сервіс, незалежно від дати накладення кваліфікованого елктронного підпису уповноваженими особами Сторін. Місцем укладання відповідного електронного документа вважається місце, вказане в його преамбулі.
У випадку виникнення технічних проблем у будь-якої зі Сторін Договору, Сторони вправі у будь-який момент призупинити оформлення електронних документів та повернутись до оформлення документів у паперовій формі. Сторона, у якої виникли технічні проблеми, повідомляє іншу Сторону у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів, Сторони створюють і підписують їх в паперовій формі та обмінюються ними в порядку, передбаченому Договором – нарочно або шляхом направлення рекомендованим листом з описом вкладенням за місцезнаходженням Сторони. Після усунення технічних проблем Сторони можуть повернутись до використання електронних документів.

15.12. Сторони погодили, що датою набрання чинності електронним документом є дата складання відповідного документу, чи дата, визначена в документі як дата набрання ним чинності, яка вказана в такому документі, не залежно від дати та часу підписання цього документу (накладення кваліфікованих електронних підписів) уповноваженими представниками Сторін.
15.13. Сторони погоджуються дотримуватися норм чинних нормативно-правових актів, включаючи, але не обмежуючись, норм чинного антикорупційного законодавства України, зокрема Закону України «Про запобігання корупції» від 14.10.2014 № 1700-VII , а також антикорупційного законодавства інших країн, дія якого розповсюджується на правовідносини на території України.