

ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО ОСОБИСТОГО СТРАХУВАННЯ «GRAWE DOCTOR»

ПрАТ «Страхова компанія «ГРАВЕ УКРАЇНА»



Страхування для
Вашого захисту.






ЗМІСТ

ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ GRAWE DOCTOR	4
ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА ДОГОВОРУ КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ GRAWE DOCTOR	8
ДОДАТОК 1 ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (STANDART)	30
ДОДАТОК 2 ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ТА/АБО ЗАХВОРЮВАННЯ (ELIT)	33

УВАГА! Договір комплексного особистого страхування «Grawe Doctor» укладається в 3-х примірниках. Просимо Вас заповнити, підписати та передати в Страхову компанію «ГРАВЕ УКРАЇНА» 2 примірники договору. Третій примірник договору страхування просимо передати в центральний офіс вашої компанії. Одна брошура - один примірник договору.

Дирекція та консультант №	П.І.Б. консультанта	Одиниці загалом
		Печатка прийняття
ДОГОВІР КОМПЛЕКСНОГО СТРАХУВАННЯ GRAWE DOCTOR № _____		

Дата укладання	Місце укладання
-----------------------	------------------------

1. СТРАХОВИК	
НАЙМЕНУВАННЯ	Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ГРАВЕ УКРАЇНА»
МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ (АДРЕСА)	вулиця Велика Васильківська, буд. 65, Київ, 03150, Україна
НОМЕР БАНКІВСЬКОГО РАХУНКУ (IBAN) ДЛЯ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ	UA373510050000026509268293900 в АТ «УкрСиббанк»
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ КОД ЗА ЄДРПОУ	1924304
ВЕБСАЙТ	https://www.grawe.ua
ЕЛЕКТРОННА ПОШТА	office@grawe.ua
ТЕЛЕФОН	+38 044 247 68 03
В ОСОБІ	
ЯКИЙ/ЯКА ДІЄ НА ПІДСТАВІ	
РОЗПОРЯДЖЕННЯМ ДЕРЖФІНПОСЛУГ №1224 ВІД 24.06.2004 Р. ЗАРЕЄСТРОВАНО ЯК ФІНАНСОВУ УСТАНОВУ.	

ДОГОВІР УКЛАДЕНО З ЗАЛУЧЕННЯМ СТРАХОВОГО ПОСЕРЕДНИКА (СТРАХОВОГО АГЕНТА):

ПІБ/ НАЙМЕНУВАННЯ			
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ/ МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ			
РНОКПП/КОД ЗА ЄДРПОУ			
КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ	телефон		електронна пошта
ЗАПИС В ЄДРПОУ	№		дата запису
ДОГОВІР ДОРУЧЕННЯ	№		дата укладення

2. СТРАХУВАЛЬНИК:

ПІБ / Найменування:			
В ОСОБІ:			
ЯКИЙ/ЯКА ДІЄ НА ПІДСТАВІ:			
ТЕЛЕФОН			
ЕЛЕКТРОННА ПОШТА:			
ДЛЯ ФІЗИЧНИХ ОСІБ:	дата народження:		
	громадянство:		
	РНОКПП:		
	місце проживання:		
	документ, що посвідчує особу	назва:	
серія та номер:			
дата видачі			
ким виданий:			
ДЛЯ ЮРИДИЧНИХ ОСІБ:	місцезнаходження:		
	код за ЄДРПОУ:		
	резидент:		
	Номер банківського рахунку (IBAN):		

Договір згідно Закону України «Про страхування», Загальних умов страхового продукту комплексного страхування Grawe Doctor (дата початку дії: 02.09.2024 р.), що затверджені Наказом Голови Правління № 25/2П від 02.09.2024 р. (далі – Загальні умови), за класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» та класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», що визначений пунктом 1 частини першої статті 4 Закону України «Про страхування» (далі - клас страхування 1) про наступне:

3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:	<input type="checkbox"/> Страховальник є Застрахованою особою за Договором
ПІБ:	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	
РНОКПП	
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ:	
ТЕЛЕФОН	
ЕЛЕКТРОННА ПОШТА:	

1.3.1. Застрахована особа - фізична особа, зазначена в Договорі, і яка надала письмову або усну згоду на укладення цього Договору на її користь.
 1.3.2. Інформація про Застраховану особу зазначена в Договорі, за її згодою, в обсязі, достатньому для ідентифікації такої особи при настанні події, що має ознаки страхового випадку, та визначення розміру суми страхової виплати для Застрахованої особи.
 1.3.3. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страховальника, передбачених цим Договором, за виключенням прав/обов'язків, що можуть бути реалізовані виключно Страховальником. Обов'язок сплатити страхову премію може бути покладено на Застраховану особу виключно за наявності письмової згоди Застрахованої особи.
 1.3.3. Страховальник підписанням Договору підтверджує, що повідомив Застраховану особу про укладення Договору на її користь у спосіб, що надає можливість підтвердження факту здійснення такого повідомлення, і Застрахована особа не заперечує про укладення Договору на її користь.
 1.3.4. Відсутність заперечень Застрахованої особи та набрання чинності Договором підтверджує, що Застрахована особа ознайоmlена з цим Договором та Загальними умовами, погоджується з наявністю у Застрахованої особи прав та обов'язків, зазначених в Договорі.

4. ВИГОДОНАБУВАЧ:	<input type="checkbox"/> Застрахована особа (у разі сплати Застрахованою особою (представником) медичних послуг самостійно), її спадкоємець (спадкоємці) згідно з чинним законодавством України
ПІБ:	
ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	
РНОКПП	
МІСЦЕ ПРОЖИВАННЯ:	
ТЕЛЕФОН	
ЕЛЕКТРОННА ПОШТА:	

5. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ, РОЗМІРИ СТРАХОВОЇ СУМИ ТА СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ / СТРАХОВИЙ ТАРИФ:

Позначте знаком «X» обрану програму страхування	5.1. Назва програми страхування	5.2. Опції за програмою страхування	5.3. Страхова сума на 1 (одну) особу, грн	5.4. Страховий тариф на 1 (одну) особу, %	5.5. Страхова премія на 1 (одну) особу, грн
<input type="checkbox"/>	«Light»	Страхування від нещасних випадків (UIV) – клас 1	50 000,00	1,00	500,00
<input type="checkbox"/>	«Standart»	Страхування від нещасних випадків (UIV) – клас 1	50 000,00	1,00	1 100,00
<input type="checkbox"/>		Медичне страхування у разі настання нещасного випадку (КМУ) – клас 2	50 000,00	1,20	
<input type="checkbox"/>	«Elit»	Страхування від нещасних випадків (UIV) – клас 1	50 000,00	1,00	2 300,00
<input type="checkbox"/>		Медичне страхування у разі настання нещасного випадку, та/або захворювання (КМУЕ) – клас 2	50 000,00	3,60	

* За даним Договором обрати тільки одну окрему програму страхування

5.6. ТЕРМІН СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ (ВКЛЮЧНО ДО)	
---	--

6. УМОВИ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ:

6.1. СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (ДАЛІ ПО ТЕКСТУ - UIV):

6.1.1. Перелік страхових ризиків	- смерть Застрахованої особи - стійкий розлад функцій організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку із визнанням Застрахованої особи особою з інвалідністю, та встановленням Застрахованій особі: I групи інвалідності, II групи інвалідності, III групи інвалідності (або дитина з інвалідністю до досягнення 18-ти років) - травматичне ушкодження Застрахованої особи.
6.1.2. Умови дії	Упродовж 24 годин на добу (за виключенням занять професійним спортом). Дія цього Договору не розповсюджується на осіб, які здійснюють професійну діяльність, що відноситься до груп ризику ЗП та/або 4П.

6.2. МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (ДАЛІ ПО ТЕКСТУ - КМУ):

6.2.1. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування до Представника Страховика (Асистуючої компанії) / закладу охорони здоров'я (медичного закладу), передбаченого цим Договором страхування, при настанні нещасного випадку в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування

6.2.2. Перелік послуг за програмою страхування	- Швидка та невідкладна (екстрена) медична допомога - Екстрена стаціонарна допомога, екстрена хірургічна допомога - Амбулаторно-поліклінічна допомога - Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні
---	---

6.3. МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ТА/АБО ЗАХВОРЮВАННЯ (ДАЛІ ПО ТЕКСТУ - КМУЕ):

6.3.1. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування до Представника Страховика (Асистуючої компанії) / закладу охорони здоров'я (медичного закладу), передбаченого цим Договором страхування, при настанні нещасного випадку в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування.

6.3.2. Перелік послуг за програмою страхування у разі настання нещасного випадку	- Швидка та невідкладна (екстрена) медична допомога - Екстрена стаціонарна допомога, екстрена хірургічна допомога - Амбулаторно-поліклінічна допомога - Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні
---	---

6.3.3. Перелік послуг за програмою страхування у разі захворювання	- Швидка та невідкладна (екстрена) медична допомога - Екстрена стаціонарна допомога, екстрена хірургічна допомога
---	--

7. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

Україна, за виключенням Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, територій з переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, територій територіальних громад, розташованих в межах до 70 км від лінії проведення воєнних (бойових) дій (лінія проведення воєнних (бойових) дій визначається згідно інтернет-ресурсів <https://liveuamap.com> та <https://deepstatemap.live/#6/49.438/32.053>).

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

з 00 год. 00 хв. за Київським часом «00» _____ 202____ р. до 23 год. 59 хв. за Київським часом «00» _____ 202____ р., включно.
Продовження (продлонгація) строку дії Договору не передбачена.

9. ФРАНШИЗА

не передбачена

10. ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я:

10.1. Чи маєте Ви на даний час:

**Відповідь
«ТАК»**

**Відповідь
«НІ»**

- обмеження дієздатності за станом здоров'я

- інвалідність I, II групи

- категорію «діти з інвалідністю», «особи з інвалідністю з дитинства»

- вроджені грубі вади розвитку органів і систем

- органічні ураження опорно-рухового апарату

- тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку, тощо)

- нервові та психічні розлади (епілепсія, шизофренія, енцефаліт, менінгіт, параліч, аутизм, тощо), демієлінізуючі захворювання

- розсіяний склероз

		Відповідь «ТАК»	Відповідь «НІ»
Чи знаходитеся або знаходилися раніше на обліку в наркологічних, психоневрологічних, фтизіатричних або інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом?			
Чи хворієте Ви зараз або хворіли раніше на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію?			
10.2. Чи маєте Ви зараз, або мали раніше наступні діагнози:			
- цироз печінки			
- гепатит В або С			
- цукровий діабет			
- онкологічні захворювання			
- інфаркт			
- інсульт			
- ниркова недостатність			
10.3. Професія та посада			
Дата	« _____ » _____ 20____ р.	Підпис Застрахованої особи _____	

11. Застрахованій особі та Страхувальнику повідомлено, що у разі відповіді «ТАК» на будь-яке питання з пункту 10.2, укладання договору страхування для такої особи можливо тільки за програмами «Light» або «Standart».

12. У разі відповіді «ТАК» на будь-яке питання з пункту 10.1. укладання договору страхування можливо тільки після додаткової оцінки ступеню ризику Страховиком та за умови надання більш детальної інформації про стан здоров'я Застрахованої особи.

13. Страхувальнику та Застрахованій особі також повідомлено, що неправдиве або неповне надання інформації про стан здоров'я Застрахованої особи, або інформації, яка може впливати на оцінку ступеню ризику, може бути підставою для відмови у страховій виплаті у разі настання страхового випадку.

14. Заповнення та підписання цього договору Страхувальником не означає початку страхового покриття. Договір набуває чинності тільки після перевірки правильності оформлення Договору, оцінки ступеню ризику, підписання його обома Сторонами та оплати страхової премії на умовах, визначених Договором.

15. Страхувальник погоджується, що у разі не укладення, припинення або дострокового розірвання договору страхування, страхова премія, яка була перерахована по цьому договору, буде повернена Страхувальнику в тому числі, але не виключно через систему Аваль-Експрес протягом трьох робочих днів після прийняття такого рішення. Страхувальнику при цьому поштою буде направлено письмове повідомлення про це. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

16. Підписанням цього Договору, Страхувальник підтверджує, що відповідно до вимог п.1 ч.1 ст. 6 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» йому надано усю необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про фінансову та/або посередницьку послугу та про її надавача у визначеному законодавством обсязі, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про отримання такої послуги або про відмову від її отримання, а також підтверджує, що Страховиком та/або страховим посередником йому надано усю необхідну інформацію відповідно до вимог ч. 5 ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та ст.ст. 86-88 Закону України «Про страхування». Страхувальник підтверджує, що зазначена інформація є доступною в місцях надання послуг Страхувальникам та/або на власному веб-сайті (веб-сторінці) Страховика, включаючи його мобільну версію, а також є повною та достатньою для прийняття Страхувальником свідомого рішення про укладення Договору та правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком.

17. Підписи сторін

Підпис уповноваженої особи Страховика (консультанта), що засвідчує дійсність підписів Страхувальника та Застрахованої особи, а також здійснення їх верифікації та ідентифікації	Підпис Застрахованої особи (якщо вона не є Страхувальником)

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ СК «ГРАВЕ УКРАЇНА»

СПІДПИС СТРАХУВАЛЬНИКА

/ _____ / _____ /
М.П. (підпис) (ПІБ)

/ _____ / _____ /
(підпис) (ПІБ)

Загальна частина Договору комплексного страхування Grawe Doctor

РОЗДІЛ 1. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

1.1. Предметом страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

1.2. Об'єктом страхування, з яким пов'язані страхові ризики за Договором, є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування. При укладенні Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути Страхувальником згідно законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі, включаючи Застраховану особу/Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі, включаючи Застраховану особу/Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

РОЗДІЛ 2. ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає Асистуючі послуги Страхувальникам/Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;

Асистуючі послуги – послуги, які відповідно до умов Договору страхування можуть надаватися безпосередньо Страховиком (структурним підрозділом), Асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, що надають послуги в разі настання Страхового випадку, організацію та контроль надання таких послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає такі послуги, інших дій, у тому числі оплату вартості таких послуг відповідно до умов договору зі Страховиком.

Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору та/або відповідно до законодавства.

Екстрена госпіталізація - госпіталізація, відстрочка якої на певний час (більше ніж на 1 добу), після прийняття рішення лікарем карети швидкої медичної допомоги або лікарем відповідного профілю про його необхідність, може загрожувати життю Застрахованої особи.

Екстрена стаціонарна допомога – медична допомога, що передбачає організацію медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару з приводу захворювань, що можуть призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи.

Екстрене хірургічне втручання - хірургічне втручання, відстрочка якого на певний час (більше ніж на 6 годин), після прийняття рішення лікарем хірургічного профілю про його необхідність, може загрожувати життю Застрахованої особи.

Заклад охорони здоров'я (далі медичний заклад) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

Захворювання – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та / або морфологічними змінами.

Індивідуальна картка - персональна пластикова та/або електронна інформаційна картка, що видається Страховиком Застрахованій особі, або розміщується у мобільному додатку Страховика / Асистуючої компанії для оперативного інформування Застрахованої особи щодо: строку Страхового покриття, номеру Договору страхування; контактних даних для звернення за Асистуючою послугою тощо.

Медичне обслуговування - діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

Непрофесійний спорт – заняття спортом на непрофесійному (аматорському) рівні (в т.ч. участь в аматорських змаганнях), спрямована на вдосконалення спортивних навичок або досягнення найвищих спортивних здобутків шляхом систематичних / регулярних тренувань у спортивних секціях, а також участі у спортивних змаганнях, без грошової винагороди, частіше 2-х разів на тиждень.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, а саме:

- травми, у тому числі отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою;
- гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами, за винятком сальмонельозу, дизентерії, гепатиту (всіх видів і типів);
- опіки, обмороження;
- утоплення;
- асфіксія;
- ураження електричним струмом, блискавкою;
- укуси тварин або отруйних комах, змій, сказ внаслідок укусу тварин, правець, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом).

Між нещасним випадком та розладом здоров'я (тимчасовою або стійкою втратою загальної працездатності) або смертю Застрахованої особи повинен бути встановлений прямий причинно-наслідковий зв'язок.

Програма страхового продукту (Програма страхування) – строкові, вартісні та територіальні складові Страхового покриття, що пропонуються та обрані Страхувальником у межах цього Страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром Страхової суми та/або ліміту(-ів) відповідальності, Страхової премії або Страхового тарифу, видом та розміром Франшизи.

Професійний спорт – професійна спортивна діяльність на умовах контракту, що передбачає отримання грошової винагороди за участь у тренувальному процесі та особисті досягнення (рекорди) в спортивних змаганнях.

Професія – рід трудової діяльності людини, яка володіє комплексом спеціальних знань, практичних навичок, одержаних шляхом спеціальної освіти, навчання чи досвіду, які дають можливість здійснювати роботу в певній сфері виробництва:

1П – виконання робіт за наймом на посадах: службовці, інженерно-технічні працівники, офісні працівники, працівники банків (крім осіб, які зайняті інкасуванням та перевезенням грошей), працівники освіти, домогосподарки, працівники торговельної мережі, працівники пошти (крім листонош), службовці бібліотек, касири, персонал готелів, кіоскери, робітники преси, гардеробники, працівники по виготовленню виробів без механічної, спеціальної і хімічної обробки, та інші категорії громадян, що безпосередньо не зайняті у процесі виробництва, і умови праці та відпочинку яких не пов'язані з підвищеним ризиком щодо одержання травм.

2П – виконання робіт за наймом на посадах: працівники неважкого промислового виробництва (паперово-целюлозна, легка, харчова, поліграфічна промисловість, електроенергетика), сільське господарство (окрім механізаторів широкого профілю); співробітники підприємств громадського харчування; працівники охорони здоров'я (крім працівників швидкої допомоги); охорона офісів і складських приміщень; працівники побутового та комунального господарств, сфери побутового обслуговування населення; водії будь-якого виду наземного транспорту (в т.ч. кур'єри), працівники зв'язку, пошти (листоноші), працівники мистецтва (в тому числі учасники балетних груп, танцювальних колективів), комірники; інші професії з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

3П – виконання робіт за наймом на посадах: працівники важкого промислового виробництва (машинобудівне, металургійне, нафтове, нафтохімічне, скляне газове та деревообробне виробництво); працівники залізничного транспорту; працівники, особовий склад аеродромного обслуговування; особи, зайняті на випробуваннях автомашин; особи, обслуговуючі механізатори в сільському господарстві, працівники на виробництві будівельних матеріалів; інші професії з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

4П – виконання робіт за наймом на посадах: працівники інших професій підвищеного ризику (будівельники; монтажники будівельних конструкцій, кранівники, покрівельники, тощо); працівники бригад швидкої допомоги; працівники органів внутрішніх справ; працівники морського транспорту і цивільної авіації, працівники хімічної промисловості; професійні рибачки (на морях і океанах); геологи; співробітники служб безпеки: охоронці, інкасатори, водії інкасаторських машин; рятувальники на воді, пожежники; працівники, зайняті відкритою розробкою корисних копалин; бурильники нафтових і газових свердловин; особи, які обслуговують водолазні роботи на морях, океанах, річках і озерах; особи, зайняті на виробництві і зберіганні вибухових речовин; всі особи, що працюють з вибухонебезпечними, отруйними речовинами в лабораторних та інших умовах; особовий склад аварійної газової служби, водопровідних і каналізаційних мереж; водії далекобійники; авто- та мотогогончики, артисти цирку, які виконують трюки на канатах, трапеціях, акробати, гімнасти, дресирувальники диких звірів, каскадери; інші професії з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

Ретроактивна дата – встановлена Договором дата, яка передує даті початку Періоду страхування. Вимоги, пред'явлені протягом Періоду страхування за Подіями, що настали в період починаючи з Ретроактивної дати до дати початку Періоду страхування, можуть бути визнані Страховим випадком. Разом із тим, під час виплати Страхового відшкодування застосовуються умови Страхового покриття (Ліміт, Франшиза тощо), чинні на момент подачі Вимоги, пов'язаної з Подією.

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

Страхова виплата - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

Страхова премія - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Страховий тариф - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

Територія дії Договору - Україна, за виключенням Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, територій з переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, територій територіальних громад, розташованих в межах до 70 км від лінії проведення воєнних (бойових) дій (лінія проведення воєнних (бойових) дій визначається згідно інтернет-ресурсів <https://liveuamap.com> та <https://deepstatemap.live/#6/49.438/32.053>).

Швидка та невідкладна (екстрена) медична допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я.

Зміст інших понять і термінів, які не визначені цим Договором, визначається Загальними умовами страхового продукту, законодавством України, включаючи нормативно-правові акти Національного Банку України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

3.1. Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні в усній формі чи шляхом листування у довільній формі до укладення Договору.

3.2. Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо Страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

3.3. Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

3.4. При укладенні Договору Страховик проводить оцінку ступеня страхового ризику та визначає індивідуальні умови страхування за результатами оцінки ступеня ризику, у випадку необхідності, вимагає від особи, яка підлягає страхуванню, додаткові документи.

- 3.5. Після досягнення згоди усіх істотних умов Договору, Сторони укладають Договір.
- 3.6. Підставою для укладання Договору є заява Страхувальника (усна або письмова).
- 3.7. 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, в тому числі за допомогою сервісів електронного документообігу.
- 3.8. За фактом укладання Договору за програмою «Standart» або «Elit» Застрахованій особі надається індивідуальна картка, що містить контактні дані для звернення в Асистуючу компанію.
- 3.9. Страхувальник, який уклав Договір на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з цим Договором.
- 3.10. Укладенням та підписанням цього Договору Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів медичних закладів від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком стосовно страхового випадку.
- 3.11. Страховик не несе відповідальності за випадки, що сталися поза межами України.
- 3.12. Страховик або страховий посередник надає або надсилає Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору разом з додатками до нього (за наявності) у формі, що унеможлиблює зміну його змісту поштою чи на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника.

РОЗДІЛ 4. СТРОК СТРАХУВАННЯ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ДОГОВОРУ В ДІЮ. ПЕРІОД СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ.

- 4.1. Період страхування визначається періодом страхового захисту в межах загального строку дії Договору за винятком часових обмежень щодо обмеження дії страхового захисту у випадках, визначених цим Договором (у випадку несплати чергової частини страхової премії тощо). Період страхування також може починатися з Ретроактивної дати до дати початку дії договору страхування, яка включається до строку страхового покриття, якщо Ретроактивна дата прямо передбачена Договором.
- 4.2. Страхувальник сплачує страхову премію, зазначену в п. 5 Преамбули цього Договору шляхом переказу грошових коштів у національній валюті України на поточний рахунок Страховика.
- 4.3. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхової премії, встановленої п. 5.5. Преамбули цього Договору, на поточний рахунок Страховика, але не раніше дати, зазначеної в п. 8. Преамбули цього Договору, як початок строку дії Договору, та діє до 24 години 00 хвилин дня закінчення строку дії Договору.
- 4.4. Якщо Страхувальник не сплатив суму страхової премії на поточний рахунок Страховика, Договір вважається таким, що не набув чинності.
- 4.5. Якщо Страхувальник сплатив неповну суму страхової премії на поточний рахунок Страховика, Договір вважається таким, що не набув чинності, і ця сума підлягає поверненню Страхувальнику.
- 4.6. Страховик не несе зобов'язань щодо повідомлення Страхувальника про необхідність сплати страхової премії за цим Договором. Відповідальність за сплату страхової премії покладається на Страхувальника.

РОЗДІЛ 5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Страховик зобов'язаний:

- 5.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Загальними умовами;
- 5.1.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 5.1.3. при настанні страхового випадку і наявності всіх необхідних документів здійснити страхову виплату у передбачений цим Договором строк;
- 5.1.4. з урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб;

5.1.5. при прийнятті рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомити Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови у передбачений Договором строк;

5.1.6. видати Страхувальнику дублікат Договору у разі втрати його примірника;

5.1.7. при настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату у строк, передбачений цим Договором.

5.2. Страхувальник зобов'язаний:

5.2.1. дотримуватись умов та зобов'язань, передбачених цим Договором;

5.2.2. своєчасно та в обумовленому у Договорі розмірі вносити страхову премію;

5.2.3. перед укладенням цього Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

5.2.4. проінформувати Застраховану особу про умови Договору, її права та обов'язки, та її дії при настанні страхового випадку, а також отримати її згоду на страхування;

5.2.5. вживати необхідні та доцільні заходи, в тому числі рекомендовані Страховиком, щодо запобігання та зменшення ступеня ризику, завданих внаслідок настання страхового випадку;

5.2.5. протягом 3 (трьох) робочих днів з дня настання відповідної обставини письмово повідомити Страховика про зміну прізвищ, адрес та інших реквізитів Страхувальника та/або Застрахованої особи, зазначених у цьому Договорі;

5.2.6. повідомити про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику щодо Застрахованої особи не пізніше 3 (трьох) робочих днів від моменту, коли йому стало про це відомо. До інформації, яка має істотне значення відносяться відомості про встановлення групи інвалідності, встановлення недієздатності, виявлення онкологічного захворювання, відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, а також наявність страхового інтересу у Страхувальника щодо Об'єкту страхування, та інформація про чинні договори страхування, укладені щодо здоров'я Застрахованої особи тощо;

5.2.7 вживати заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

5.2.8. дотримуватись інших обов'язків, передбачених умовами Договору, Загальними умовами та законодавством.

5.3. Застрахована особа зобов'язана:

5.3.1. у разі настання страхового випадку звернутися до лікаря та повідомити Страховика про подію або повідомити Асистуючу компанію/Страховика про настання Страхового випадку (в залежності від умов обраної Програми страхування) у порядку та строк передбачений цим Договором. В тому числі повідомити Страховика про намір самостійно оплатити послуги або товари перед отриманням таких послуг та/або перед придбанням товарів для подальшого відшкодування перед отриманням таких послуг або придбанням товарів;

5.3.2. своєчасно та у повному обсязі пройти призначене лікування, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога з метою недопущення подальшого погіршення стану здоров'я;

5.3.3. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги. Під страховими документами маються на увазі всі документи, що стосуються обставин події, що має ознаки страхової, розміру збитків, та засвідчують право отримувача на отримання медичної допомоги, виплату страхового відшкодування за даним Договором ;

5.3.4. у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

5.3.5. виконувати інструкції Страховика, а також надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання страхового випадку;

5.3.6. надати Страховикові всі документи, що стосуються страхового випадку та його наслідків відповідно до умов Договору;

5.3.7. надавати лікарю-експерту Страховика/Асистуючої компанії можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

5.3.8. у разі самостійного звернення у медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 24-х годин з моменту такого звернення, інформувати про це Асистуючу компанію за телефонами, які указані в Індивідуальній картці або цьому Договорі. Якщо Страхувальник/Застрахована Особа не мав можливості повідомити Страховика про страховий випадок з об'єктивних поважних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), то після припинення цих обставин зобов'язаний повідомити Страховика/ Асистуючу компанію протягом 24-х годин;

5.3.9. якщо після отримання страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Вигодонабувача/Застраховану особу права на її отримання, то Вигодонабувач/Застрахована особа зобов'язаний повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин;

5.3.10. за вимогою Страховика та/або представників державних органів, задіяних при страховому випадку, звернутися до медичного закладу з метою отримання освідчення про стан алкогольного, токсичного чи наркотичного сп'яніння, впливу ліків, а на території інших держав – у відповідні офіційні органи цих держав, здійснити усі інші необхідні процедури, передбачені законодавством.

5.4. Страховик має право:

5.4.1. при укладанні Договору запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеня страхового ризику;

5.4.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також виконання ним умов цього Договору;

5.4.3. ініціювати дострокове припинення дії цього Договору;

5.4.4. ініціювати внесення змін до цього Договору;

5.4.5. у випадку виникнення обставин, що змінюють ступінь страхового ризику, запропонувати Страхувальнику внести зміни в цей Договір, включаючи умову сплати додаткового додаткової страхової премії;

5.4.6. перевіряти достовірність документів, наданих Страхувальником/Застрахованою особою/ Вигодонабувачем/ Спадкоємцем для отримання страхової виплати;

5.4.7. з'ясовувати причини, обставини та наслідки нещасного випадку та, у разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із нещасним випадком, до правоохоронних органів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини нещасного випадку та отримувати додаткові документи, необхідні для складання страхового акту. При цьому строк складання страхового акту та строк здійснення страхової виплати подовжується на період надсилання запитів і отримання відповідей та додаткових документів;

5.4.8. відстрочити страхову виплату до з'ясування обставин настання страхового випадку або отримання всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати;

5.4.9. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених чинним законодавством та/або цим Договором;

5.5. Страхувальник має право:

5.5.1. ознайомитись з умовами Договору та Загальними умовами;

5.5.2. визначити Застраховану особу, яка підлягає страхуванню за цим Договором та призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати;

5.5.3. звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката цього Договору у період дії цього Договору у випадку втрати оригіналу Договору;

5.5.4. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України

5.5.5. ініціювати дострокове припинення дії цього Договору;

5.5.6. ініціювати внесення змін до умов цього Договору;

5.5.7. відмовитися від Договору без пояснення причин протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору.

5.6. Застрахована особа/Вигодонабувач має право:

5.6.1. одержати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах, передбачених цим Договором;

5.6.2. одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування;

5.6.3. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України;

5.6.4. у разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу належної якості, в обсязі та в межах лімітів страхування, передбачених цим Договором.

РОЗДІЛ 6. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ. ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

- 6.1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 6.1.1. закінчення строку дії Договору;
 - 6.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 6.1.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії (у разі сплати страхової премії частинами)/ страхової премії у встановлений Договором строк. При цьому Договір вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі днем сплати чергової частини страхової премії;
 - 6.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або Смерті страхувальника - фізичної особи, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
 - 6.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 6.1.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
 - 6.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.
- 6.2. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.
- 6.3. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору відповідно до Закону України «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.
- 6.4. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 6.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі 50% від страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 6.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі 50% від страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.
- 6.7. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, в тому числі, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором) та отримати сплачену страхову премію у повному розмірі шляхом подання Страховику заяви в письмовій формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страхову премію у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня надання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору, Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору повинні повернути одна одній все отримане за Договором, і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором. Якщо протягом періоду від початку дії Договору до отримання Страховиком письмового повідомлення Страхувальника про відмову від Договору сталася подія, що має ознаки страхового випадку, і про цю подію було повідомлено Страховику, то Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всі передбачені умовами Договору документи для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати чи невизнання випадку страховим і відмови у її здійсненні. Після прийняття такого рішення Страховик протягом 15 робочих днів повертає Страхувальнику сплачену страхову премію за вирахуванням суми страхової виплати (в разі, якщо було прийнято рішення про здійснення страхової виплати) або повністю (в разі, якщо було прийнято рішення про відмову у страховій виплаті).
- 6.8. Протягом строку дії Договору Страховик та Страхувальник мають право вносити в Договір зміни та доповнення за взаємною згодою. Всі зміни і доповнення до Договору повинні бути оформлені в письмовій, в тому числі електронній формі Додатковою угодою/Додатковими угодами, що є невід'ємною частиною/ невід'ємними частинами Договору.

6.9. Відомостями, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику є будь-яка інформація про зміну обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором, в тому числі інформація, зазначена в п. 10 Преамбули до цього Договору, зміна про зміну роду занять, наявність хронічних захворювань, а також відомості про факт настання страхового випадку тощо.

У разі зміни ступеня ризику (а саме, зміна професії, виду спорту, тощо) Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика письмовою заявою протягом 3 (трьох) робочих днів як тільки йому стане відомо про такі зміни. При підвищенні ступеня ризику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати надходження письмової заяви Страховик приймає рішення про внесення змін до умов Договору, про що укладається відповідна додаткова угода до Договору між Страхувальником та Страховиком та сплачується додаткова страхова премія. Якщо Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додаткову страхову премію з дати підписання додаткової угоди до Договору, дана додаткова угода достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов Договору та Страховик має право припинити дію Договору на умовах, визначених цим Договором. Якщо ступінь ризику підвищився, а Страхувальник/Застрахована особа не сповістив про це Страховика у строк, визначений цим Договором, а такі зміни, в свою чергу, призвели до настання страхового випадку або збільшення розміру збитку, то Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати або пропорційно зменшити її розмір.

РОЗДІЛ 7. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

7.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі/Вигодонабувачу пені у розмірі 0,01% від суми простроченої страхової виплати за кожен календарний день прострочення страхової виплати. В будь-якому випадку сума пені не може перевищувати 5% від загального розміру заборгованості.

7.2. У випадку порушення Страхувальником будь-яких грошових зобов'язань за цим Договором, Страхувальник сплачує Страховику пеню у розмірі 0,01% від суми заборгованості за кожен календарний день прострочення виконання грошових зобов'язань. Страховик та Страхувальник погодили, що в разі виникнення за Договором судового спору про відмову у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком, та/або щодо розміру страхової виплати, та/або строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачених законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

7.3. Страховик не несе відповідальності за якість, характер та обсяг медичних послуг, що надається Застрахованій особі.

7.4. Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань за Договором, якщо це невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, які виникли після підписання Договору і яких Сторона не змогла уникнути. Обставинами непереборної сили є: війна, бойові дії (незалежно від факту проголошення війни), збройні вторгнення іноземних військ, ворожі акції іноземних держав, повстання, революція, путч, переворот, заколот, військове правління або узурпація влади, громадянська війна, стихійні лиха, інші обставини, які, як правило, розглядаються у світовій контрактній практиці як обставини непереборної сили, які Сторона при достатній обачності не могла передбачити чи попередити розумними заходами.

При настанні вище вказаних Договору обставин, Сторона для якої створились вищевказані умови, повинна не пізніше ніж в семиденний строк повідомити про них іншу Сторону. Повідомлення повинно мати дані про характер обставин, а також оцінку їх впливу на можливість виконання зобов'язань, а також строк їх можливого виконання. Настання форс-мажорних обставин підтверджується довідкою Торгово-промислової палати України.

7.5. У разі необґрунтованого виклику (без медичних показань) Застрахованою особою лікаря додому, швидкої або екстреної медичної допомоги та/або використання санітарних транспортних засобів не за медичним призначенням, Застрахована особа відшкодовує Страховикові вартість такої медичних послуг/допомоги. При цьому, Страховик залишає за собою право припинити виконання своїх зобов'язань по відношенню до такої Застрахованої особи.

- виклик здійснений Застрахованою особою для надання медичних послуг не Застрахованій особі;
- при виклику, здійсненому Застрахованою особою або особою, що діє в її інтересах, навмисно надана невірна/неправдива інформація щодо необхідності медичних послуг або місця перебування Застрахованої особи;
- виклик здійснений не в цілях отримання медичних послуг;
- виклик здійснений до Застрахованої особи, з приводу алкогольного сп'яніння або абстинентного синдрому;
- виклик здійснений до Застрахованої особи, що не вимагає надання екстрених медичних послуг/допомоги (з метою одержання планових медичних маніпуляцій та ін.);
- Застрахована особа відсутня по зазначеній при виклику бригади екстреної медичної допомоги й лікарів адресі або відмовляється від огляду.

7.6. У випадку несплати Застрахованою особою або Страхувальником вартості медичних послуг у випадках необґрунтованого виклику (без медичних показань), протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту виставлення Страховиком відповідного рахунку, дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється. При цьому, Страхувальник та/або Застрахована особа не має права на повернення частки страхового платежу за строк, що залишився до закінчення дії Договору по відношенню до вказаної Застрахованої особи.

7.7. У зв'язку тим, що Страховик безпосередньо не надає медичні послуги Застрахованим особам, а лише організовує, він звільняється від відповідальності за якість медичних послуг, наданих Застрахованим особам в закладі охорони здоров'я, не несе відповідальність за лікарські помилки та не відшкодовує будь-які непрямі збитки, зокрема, штрафи компетентних органів, відшкодування моральної шкоди, упущеної вигоди, шкоду, завдану навколишньому природному середовищу тощо.

РОЗДІЛ 8. ІНШІ УМОВИ

8.1. Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням цього Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором.

8.2. Договір укладається згідно з Загальними умовами, що розміщені на вебсайті Страховика за посиланням <https://www.grawe.ua>, Витягом із Державного реєстру фінансових установ, 23.04.2024 (дата внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії) діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання).

8.3. У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуються законодавством України, Загальними умовами. У випадку розбіжностей між Загальними умовами та умовами цього Договору – перевагу мають умови цього Договору.

8.4. Страховик та Страхувальник погодили, що:

- заява Страхувальника про здійснення страхової виплати, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, що мають надаватися Сторонами на виконання умов цього Договору, можуть подаватися за допомогою засобів зв'язку Сторін, зазначених в Договорі;
- в такому разі документи надаються в електронній формі (у вигляді копій, відтворених шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб відтворених за допомогою мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки, інших технічних засобів, тощо);
- у разі надання документів в електронній формі Страхувальник гарантує, що копії документів (в тому числі цифрові) виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа; на вимогу Страховика Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику страхову виплату;
- надані за правилами цього пункту документи прирівнюються до письмової форми документів з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та цим Договором;
- підписанням цього Договору Сторони підтверджують достовірність інформації, зазначеної в Договорі, несуть відповідальність за правильність засобів зв'язку, вказаних ними при укладенні Договору;
- кожна зі Сторін самостійно несе ризик настання наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною інформації про засоби зв'язку, крім випадків своєчасного (не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну засобів зв'язку.

8.5. Страхувальник погоджує отримання пропозицій про внесення змін до укладеного Договору на електронну адресу, та/або на мобільний телефон, в тому числі на засіб зв'язку Страхувальника, який вказаний в цьому Договорі.

8.6. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що: з умовами страхування ознайомлений та згоден; до укладання Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (надалі в цьому пункті – Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією необхідною інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені Законом; зазначена інформація є доступною на вебсайті Страховика <https://www.grawe.ua> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; права на інформацію Страхувальнику роз'яснено; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору йому зрозумілі; Договір не містить двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору не нав'язане йому іншою особою; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

8.7. Страхувальник безстроково, без застережень надає повну згоду Страховику на обробку його персональних даних, передачу та надання доступу до персональних даних Страхувальника іншим пов'язаним із Страховиком особам без додаткового повідомлення Страхувальника, без обмеження строку зберігання і обробки, в цілях здійснення прав та виконання обов'язків Страховика за цим Договором, забезпечення реалізації фінансово – господарської діяльності, податкових відносин, відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку, реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та законодавства України, здійснення зв'язку із Страхувальником, надання інформації про виконання умов Договору, для організації поштових розсилок, передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, інформування про послуги інших суб'єктів господарювання, а також в інших цілях, що не суперечать законодавству України, шляхом організації поштових розсилок, надсилання текстових повідомлень зручним способом розсилки (SMS-повідомлень, Viber, тощо), а також розсилок електронною поштою на зазначені адреси Страхувальника. Страхувальник підтверджує, що йому було належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлено про його права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених законодавством України, цілі (мета) збору даних і осіб, яким передаються його персональні дані. Страхувальник своїм підписом підтверджує належність зазначених персональних даних в Договорі.

8.8. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що:

- надав свою згоду на розкриття інформації, що становить таємницю страхування, у межах, необхідних для укладення та/або виконання Договору;
- перед укладенням Договору отримав у спосіб, визначений за домовленістю між Страхувальником та Страховиком, інформацію про найменування та місцезнаходження Страховика (у тому числі відокремленого підрозділу Страховика, який укладає Договір), його ідентифікаційний код у Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України, іншу інформацію, передбачену Законом України «Про страхування», що також розміщена та доступна для ознайомлення на вебсайті Страховика;
- до укладення Договору Страховик/страховий посередник на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясував потреби та вимоги Страхувальника у страхуванні;
- перед укладенням Договору Страховик/страховий посередник забезпечив Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про Договір, про Страховика та страхового посередника (якщо Договір укладається з залученням страхового посередника). Зазначена інформація є доступною на вебсайті Страховика <https://www.grawe.ua>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;
- з умовами Договору та Загальними умовами ознайомлений та згоден, вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Загальних умов йому зрозумілі;
- ознайомлений та згідний з тим, що при сплаті страхової премії шляхом проведення безготівкового переказу, в тому числі, через сайт Страховика/інші платіжні системи, банківські установи та/або платіжні системи можуть стягувати з платника комісію за перерахування/переказ коштів відповідно діючих тарифів.
- Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

8.9. Відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення». Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог зазначеного в цьому пункті Закону.

Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що він:

- не включений до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або активи яких стали об'єктом замороження у порядку, визначеному розділом IV Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», а також не пов'язаний з вказаними особами або їх представниками;
- не є об'єктом застосування персональних, спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій), відповідно до Закону України «Про санкції», включаючи санкції, що застосовані згідно з рішеннями Ради національної безпеки України, резолюціями Генеральної Асамблеї та Ради безпеки Організації Об'єднаних Націй, рішеннями OFAC, рішеннями Ради Європейського Союзу, тощо.

8.10. Страхувальник протягом місяця зобов'язаний надати Страховику оновлений пакет документів для ідентифікації та верифікації, у випадку:

- закінчення строку/припинення дії, втрати чинності або визнання недійсними наданих раніше документів;
- втрати чинності/обміну ідентифікаційного документа Страхувальника/представника Страхувальника, а також у випадку вклеювання фото 25, 45 років в паспорт громадянина України (у формі книжечки), зміни місця реєстрації;
- набуття Страхувальником статусу політично значущої особи/особи пов'язаної з політично значущими особами;
- суттєвих змін у своїй діяльності (в тому числі, у разі зміни кінцевого бенефіціарного власника, керівника, місцезнаходження юридичної особи, трасту, іншого подібного правового утворення, ФОП).

8.11. Валютою цього Договору є національна грошова одиниця України (гривня).

8.12. Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору складають 50% від страхового тарифу.

РОЗДІЛ 9. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ

9.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спору – у судовому порядку.

9.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у строк не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, що не потребують додаткового вивчення, - не пізніше п'ятнадцяти днів від дня їх отримання. Якщо в місячний строк вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний строк для його розгляду, що не може перевищувати сорока п'яти днів.

9.3. Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефоном: (044) 247 68 03 (цілодобово), чи письмовим на електронну пошту: office@grawe.ua; або засобами поштового зв'язку на адресу: вулиця Велика Васильківська, 65, Київ, 03150, Україна. У зверненні зазначається прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування споживача, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення підписується заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні зазначається електронна поштова адреса, на яку заявнику надсилається відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку зі споживачем. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України «Про забезпечення функціонування української мови як державної». Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане заявником/заявниками, письмове звернення, що не дає можливість встановити авторство заявника, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача (заявника) з одного й того ж питання, якщо це питання вирішено по суті, а також ті скарги, що надані з порушенням строків, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

9.4. Скарга на дії чи рішення Страховика надається у порядку підлеглості:

9.4.1. Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601, телефон: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55;

9.4.2. Державній службі України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, адреса: вул. Б. Грінченка, 1, Київ, 01001; телефон +380 044 279 12 70, електронна пошта: info@dpss.gov.ua, що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скагою рішенням - безпосередньо до суду.

РОЗДІЛ 10. УМОВИ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (UIV)

10.1. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

10.1.1. Страховими ризиками за цим Договором є події, що вказані в п. 6.1.1. Преамбули цього Договору, які відбулись протягом дії Договору, в межах території дії Договору в результаті нещасного випадку, а саме:

10.1.1.1. смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

10.1.1.2. стійкий розлад функцій організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку із визнанням Застрахованої особи особою з інвалідністю, та встановленням Застрахованій особі інвалідності I, II, III групи;

10.1.1.3. травматичне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

10.2. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

10.2.1. Страхові випадки не вважаються страховими, якщо вони сталися внаслідок:

10.2.1.1. умисних дій з боку Застрахованої особи, його Спадкоємців чи інших пов'язаних з ними осіб, призначених для отримання страхової виплати, що призвели до настання нещасного випадку;

10.2.1.2. участі Застрахованої особи у будь-якій протизаконній діяльності;

10.2.1.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

10.2.1.4. самогубства або замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законодавством порядку;

10.2.1.5. дій Застрахованої особи, здійснених у стані погіршення сприйняття дійсності внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

10.2.1.6. дій, вчинених внаслідок прямого чи опосередкованого впливу психічного захворювання Застрахованої особи;

10.2.1.7. отруєння Застрахованої особи внаслідок вживання алкоголю або його сурогатів, наркотичних, медичних або токсичних речовин;

10.2.1.8. керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без наявності прав водія та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або особі, яка не має прав водія;

10.2.1.9. участі Застрахованої особи у парі, тобто угоді заснованій на ризику, укладеній між двома або декількома особами (як фізичними та/або юридичними) про виграш, результат якого залежить від обставини, щодо якої невідомо, настане вона чи ні;

10.2.1.10. під час занять Застрахованою особою професійним спортом;

10.2.1.11. впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання, в тому числі того, що виділяється радіоактивними речовинами альфа, бета чи гама випромінюванням, випромінювання нейтронів та такого, що надходить від прискорювачів заряджених часток оптичних (лазери), мікрохвильових чи аналогічних квантових генераторів;

10.2.1.12. дії Застрахованої особи, направлені на невиправданий ризик для життя Застрахованої особи (за винятком тих випадків, коли це було пов'язано з виконанням службових обов'язків, рятуванням свого життя чи життя іншої людини);

10.2.1.13. перебування Застрахованої особи у тюремному ув'язненні чи слідчому ізоляторі, в тому числі затримання правоохоронними органами;

10.2.1.14. прямого чи опосередкованого зв'язку з гострими чи хронічними патологічними станами чи захворюваннями, у тому числі професійними хворобами;

10.2.1.15. самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою, або іншими особами за її дорученням (без медичного призначення лікаря);

10.2.1.16. встановлення Застрахованій особі під час дії цього Договору підвищеної групи інвалідності в порівнянні з групою інвалідності, яка була встановлена йому до дати підписання цього Договору, крім випадку, коли таке підвищення є наслідком нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою протягом строку дії цього Договору;

- 10.2.1.17. захворювання на сальмонельоз, дизентерію, гепатит (всіх видів і типів);
- 10.2.1.18. розладу здоров'я або смерті внаслідок неправильних медичних маніпуляцій.
- 10.2.2. До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не виплачується, якщо збитки Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача пов'язані з:
- 10.2.2.1. заподіянням моральної шкоди та/або упущеної вигоди (втратою доходу, простоем, штрафом, пенею або таким іншим), будь-яких побічних збитків або витрат;
- 10.2.2.2. збитками, що не обумовлені подією, на випадок якої особа була застрахована, та збитками, що виникли внаслідок захворювань чи нещасних випадків, які вже мали місце на момент укладення цього Договору та/або події, що сталася за межами території дії цього Договору;
- 10.2.2.3. обставинами, про які Страхувальник/Застрахована особа знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання нещасного випадку.
- 10.2.3. Страховик не здійснює страхову виплату особам, які на момент укладання Договору:
- 10.2.3.1. мають повний вік понад 60 років;
- 10.2.3.2. визнані недієздатними чи обмежені у дієздатності внаслідок психічного розладу, зловживання спиртними напоями, наркотичними чи іншими токсичними речовинами, що викликають залежність та спричиняють патологічні зміни у організмі людини;
- 10.2.3.3. знаходилися на обліку у наркологічному та/або психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;
- 10.2.3.4. страждали важкими нервовими захворюваннями та/або органічними ураженнями опорно-рухового апарату та свідомо повністю чи частково приховали це від Страховика та/або надали йому недостовірні відомості, які мали суттєве значення при укладанні Договору.
- 10.2.3.5. мають чи встановлюється у даний час I група інвалідності, а також категорія «діти з інвалідністю», «особа з інвалідністю з дитинства»;
- 10.2.3.6. визнані безвісти зниклими.
- 10.2.4. До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання нещасного випадку, який безпосередньо або побічно спричинений, пов'язаний, виникає або збільшується ризик його настання, в тому числі і внаслідок будь-яких піратських та/або військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв, мін, бомб, інших боєприпасів, їх частин (осколків), чи вогнепальної зброї), оголошеною чи неоголошеною війною, воєнними діями чи маневрами, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, масових заворушень, локаутів, терористичних актів, антитерористичних операцій, тероризму, або будь-яких інших дій за політичними мотивами (в т.ч. внаслідок участі у цих та вищезазначених діях).
- 10.2.5. Дія цього Договору не розповсюджується на осіб, які займаються професійним спортом або заняття екстремальними видами спорту та розваг (альпінізмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильним спортом, підводними видами спорту чи розваг, тощо);
- 10.2.6. здійснюють професійну діяльність, що відноситься до груп ризику ЗП та/або 4П.
- 10.2.7. Страховик не відшкодовує збитки:
- 10.2.7.1. пов'язані із струсом головного мозку якщо Страхувальник не перебував на стаціонарному лікуванні з отримання медичної допомоги.
- 10.2.7.2. пов'язані із будь-яким розтягненням та частковим розривом зв'язок.
- 10.2.8. Дія Договору не розповсюджується на події, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору.

10.3. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ В РАЗІ НАСТАННЯ ВИПАДКУ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО.

- 10.3.1. У разі настання нещасного випадку під час дії Договору Застрахована особа зобов'язана:

10.3.1.1. За об'єктивної можливості негайно, однак не пізніше 24 годин з моменту настання нещасного випадку, звернутися за допомогою до медичного закладу та виконати всі діагностичні та лікувальні процедури, що призначені лікарем, а також інших компетентних органів (відповідно до характеру події: компетентні підрозділи МВС, служба швидкої медичної допомоги, органи пожежної охорони, служба газу тощо) та заявити про настання нещасного випадку, викликати на місце події їхніх представників, отримати від них документи, що підтверджують факт та обставини настання події. У разі неприбуття зазначених представників на місце події звернутись до територіального відділення органу, яке сповіщалося про подію, для отримання довідки, що підтверджує факт і час звернення.

10.3.1.2. Протягом 1 (одного) робочого дня з дати настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити про це Страховика (засобами телефонного зв'язку за номером 044 247 68 03, електронною поштою office@grawe.ua) із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові Застрахованої особи, номера Договору, причин та обставин нещасного випадку, наслідків нещасного випадку (якщо вони відомі) та виконувати вказівки Страховика (крім випадків необхідності отримання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до умов Договору). Якщо з поважних причин Застрахована особа не могла повідомити Страховика про настання страхового випадку у встановлений строк, вона повинна підтвердити це документально. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, таких заходів повинні вжити Страхувальник та/або Вигодонабувач та/або близькі родичі Застрахованої особи.

10.3.1.3. Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати настання події, яка має ознаки страхового випадку, надати Страховику (представнику Страховика) письмову заяву-повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, за формою, встановленою Страховиком. Якщо існували істотні причини, через які заява-повідомлення не була подана своєчасно, вона подається як тільки це буде можливо з обґрунтуванням та документальним підтвердженням причин затримки. Істотними вважатимуться такі причини: перебування Страхувальника/Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо.

10.3.1.4. Надати Страховику документи, що підтверджують настання, причини та обставини страхового випадку.

10.3.1.5. Застрахована особа повинна письмово повідомити Страховика заздалегідь (не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів) про свій намір подати медичні документи на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) або до іншого уповноваженого органу, що замінює діяльність МСЕК та відповідно до законодавства здійснює процес оцінки повсякденної життєдіяльності людини, з метою встановлення групи інвалідності, надати Страховику копії всіх відповідних медичних документів, сприяти участі Страховика у засіданні МСЕК або іншого уповноваженого органу, з боку Страхувальника/Застрахованої особи.

10.3.1.6. На запит Страховика Застрахована особа повинна надати письмову згоду Страховику на доступ до інформації особистого характеру, що може бути необхідна для роз'яснення обставин нещасного випадку, у державних, юридичних, медичних та інших установах, а також посольствах (консульствах) іноземних держав.

10.3.1.7. На вимогу Страховика Застрахована особа повинна негайно письмово повідомити Страховику всю інформацію та надати відповідні медичні документи про стан свого здоров'я (в т.ч. у минулому), своєчасно та в повному обсязі пройти всі визначені Страховиком медичні обстеження, в т.ч. в медичних установах, уповноважених Страховиком.

10.4. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.4.1. Підтвердження факту настання нещасного випадку та визнання його страховим випадком здійснюється Страховиком на підставі наступних документів:

10.4.1.1. письмової заяви Застрахованої особи про настання нещасного випадку з описом обставин та характеру його настання;

10.4.1.2. оригінального примірника Договору;

10.4.1.3. документа встановленої форми (довідка, постанова тощо), компетентних державних органів, що засвідчують факт, причини і обставини настання нещасного випадку за вимогою Страховика;

10.4.1.4. довідки з медичного закладу на фірмовому бланку або з відповідним штампом із вказаними прізвищем пацієнта, клінічним діагнозом захворювання/видом травми/зазначенням події, що призвела до нещасного випадку, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, листка непрацездатності тощо;

10.4.1.5. висновок про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку - надається тільки за вимогою державних органів та/або Страховика;

10.4.1.6. акта за формою, встановленою відповідно до законодавства, про настання нещасного випадку з детальним описом причин, які зумовили його настання, підписаний представником/керівником підприємства, на якому працює Застрахована особа, іншою відповідальною особою, в разі настання нещасного випадку під час виконання службових обов'язків;

10.4.1.7 документів, виданих медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) або іншого уповноваженого органу, що замінює діяльність МСЕК та відповідно до законодавства здійснює процес оцінки повсякденної життєдіяльності людини про встановлення Застрахованій особі групи первинної інвалідності – у випадку стійкого розладу функцій організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку із визнанням Застрахованої особи особою з інвалідністю внаслідок нещасного випадку. У разі необхідності, Страховик підтверджує висновок МСЕК, іншого уповноваженого органу результатами обстеження у Головному бюро судмедекспертизи МОЗ України та клініці, уповноваженій Страховиком (у дипломованого лікаря експерта);

10.4.1.8. свідоцтва про смерть та довідки про причини смерті – в разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

10.4.1.9. інших документів, що ідентифікують Застраховану особу та/або особу, яка звернулась за страховою виплатою (паспорт, свідоцтво про народження, довідка про присвоєння ідентифікаційного коду);

10.4.1.10. документи, що підтверджують правонаступництво, опікунство, піклування або право на спадщину, у випадку смерті, втрати дієздатності Страхувальника-фізичної особи;

10.4.1.11. інших документів на вимогу Страховика, що мають істотне значення для визнання випадку страховим.

10.4.2. Вищевказані документи повинні бути надані Страховику у вигляді оригінальних примірників не пізніше 90 (дев'яноста) календарних днів з моменту настання нещасного випадку або з моменту першої можливості одержання документів, строк видачі яких визначений законодавством або обставинами іншого характеру. Страховик вправі залишити собі нотаріально засвідчені копії або прості копії, за умови надання оригінальних примірників документів Страховику для їх копіювання.

10.4.3. Перелік документів, визначених в п.10.4.1. Загальної частини Договору, не є вичерпним та в разі об'єктивної необхідності уточнення обставин нещасного випадку Страховик має право письмово вимагати додаткові документи, що стосуються такого випадку.

10.5. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

10.5.1. Договором передбачено наступний порядок визначення розміру страхових виплат:

10.5.1.1. у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався протягом дії цього Договору, Вигодонабувачу або особі, що призначена для отримання страхової виплати відповідно до умов Договору, виплачується 100 (сто) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;

10.5.1.2. у разі встановлення I групи інвалідності, страхова виплата становить 100 (сто) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;

10.5.1.3. у разі встановлення II групи інвалідності, страхова виплата становить 75 (сімдесят п'ять) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;

10.5.1.4. в разі, якщо Застрахована особа не досягла 18-ти річного віку, страховим випадком вважається встановлення категорії «дитина з інвалідністю» внаслідок нещасного випадку. При встановленні інвалідності особі віком до 18 років, розмір страхової виплати становить – 75 (сімдесят п'ять) % страхової суми на відповідну Застраховану особу;

10.5.1.5. у разі встановлення III групи інвалідності, страхова виплата становить 50 (п'ятдесят) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;

10.5.1.6. у разі травматичного ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії цього Договору, страхова виплата становить певний відсоток від страхової суми, який вказаний у Таблиці розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку, що є Додатком до Загальних умов. Якщо в результаті однієї травми з'являться ушкодження, перераховані в одній статті Таблиці розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш складні ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підведення підсумків.

10.5.2. Загальна сума страхової виплати по одному чи декільком страховим випадкам, які виникли в період дії цього Договору, не може перевищувати страхової суми на відповідну Застраховану особу. Після здійснення страхової виплати страхова сума зменшується на розмір страхової виплати.

10.5.3. У разі настання стійкої втрати Застрахованою особою працездатності (встановленні I, II, III груп інвалідності) або її смерті внаслідок нещасного випадку за умови попереднього отримання страхової виплати за травматичне ушкодження, Застрахованій особі (Вигодонабувачу) виплачується різниця між лімітом страхової виплати, передбаченої у випадку смерті чи стійкої втрати працездатності, та сумою всіх попередніх виплат, що були здійснені Застрахованій особі за цим страховим випадком.

10.5.4. Якщо Застрахованій особі була вже здійснена страхова виплата згідно за страховим випадком "Травма", а потім за наслідками цього ж нещасного випадку настала стійка втрата працездатності Застрахованої особи, та за умови, що розмір вже здійсненої страхової виплати перевищує розмір належної страхової виплати (% від страхової суми) за страховим випадком «стійка втрата Застрахованою особою працездатності», то Страховик нічого не доплачує за таким страховим випадком.

10.5.5. При визнанні того факту, що Застрахована особа зникла безвісти, страхова виплата не сплачується.

10.5.6. Страховик приймає рішення про здійснення (або відмову у здійсненні) страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів, після отримання всіх документів, необхідних для прийняття такого рішення, та повідомляє про це Страхувальника з обґрунтуванням прийнятого рішення. Рішення Страховика оформляються страховим актом.

10.5.7. Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

10.5.8. Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати у випадках:

10.5.8.1. якщо у нього є сумніви у правомірності вимог Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача/Спадкоємця на отримання страхової виплати до отримання необхідних доказів підтвердження цих вимог, однак не більше ніж до 90 (дев'яноста) робочих днів з дати подання заяви на страхову виплату;

10.5.8.2. якщо згідно з законодавством України відкрито кримінальне впровадження проти Страхувальника/Застрахованої особи або його уповноважених осіб, та ведеться розслідування обставин, які призвели до настання страхового випадку, до закінчення розслідування та прийняття відповідного рішення по цій справі.

10.5.9. У випадках, коли надані документи суперечать один одному або не дають можливості однозначно з'ясувати обставини, характер, розмір збитку, особу, винну в настанні страхової події, строк прийняття рішення може бути подовжений до 90 (дев'яноста) робочих днів з дати подання заяви на страхову виплату.

10.5.10. Якщо після здійснення страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Страхувальника та/або Застраховану особу/Вигодонабувача права на її отримання, або призвели до підвищення суми страхової виплати, то Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язані повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин або отримання вимоги від Страховика.

10.5.11. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

10.5.11.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання нещасного випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

10.5.11.2. вчинення Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено цей Договір, кримінального правопорушення, що призвів до нещасного випадку;

10.5.11.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет цього Договору або про факт настання нещасного випадку;

10.5.11.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про факт настання нещасного випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

10.5.11.5. одержання Страхувальником або Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.

10.5.11.6. інші випадки, передбачені законодавством / Загальними умовами страхового продукту.

10.5.12. Підставами для відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати є випадки, коли Страхувальник/Застрахована особа:

10.5.12.1. не виконав або неналежно виконав обов'язки, передбачені умовами цього Договору;

10.5.12.2. повідомив невірні дані, що впливають на визначення ступеня ризику на момент укладання цього Договору;

10.5.12.3. не надав лікарю Страховика можливості обстежити потерпілого (Застраховану особу), не виконував лікарських приписів;

10.5.12.4. не надав документів, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, та/або подав документи, оформлені з порушенням чинних вимог (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень), та/або подав документи, які містять недостовірну інформацію щодо дати, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку у визначений цим Договором строк.

10.5.13. Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.

РОЗДІЛ 11. УМОВИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (КМУ) ТА/АБО ЗАХВОРЮВАННЯ (КМУЕ)

11.1. СТРАХОВІ РИЗИКИ. ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ СТРАХОВИКА

11.1.1. Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» включає ризик «медичне страхування» в межах класу страхування.

11.1.2. Ризик, зазначений в п.11.1.1. Загальних умов цього Договору «медичне страхування», характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування 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).

11.1.3. за ризиком, зазначеним в п.11.1.1. Загальних умов Договору «медичне страхування», у разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються Асистуючі послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.1.4. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до медичного закладу, що передбачений Договором страхування у разі настання нещасного випадку та/або погіршенням медичного стану (захворювання), що в свою чергу вимагає надання швидкої невідкладної (екстреної) медичної допомоги, екстреної стаціонарної допомоги, екстреної хірургічної допомоги в медичних закладах відповідно до умов Договору страхування.

11.1.5. На умовах цього Договору Страховик зобов'язується при настанні страхового випадку організувати та оплатити медичні послуги, надані або такі, що мають бути надані Застрахованій особі, у зв'язку з настанням страхового випадку за цим Договором згідно з Програмою медичного страхування, що додається до цього Договору та складає його невід'ємну частину (Додаток № 1 та/або Додаток №2 до цього Договору в залежності від Програми), а Страхувальник зобов'язується оплатити страхову премію в розмірі та в порядку, передбаченому цим Договором.

11.1.6. За цим Договором медичні послуги надаються Застрахованим особам на базі медичних закладів за направленням Асистуючої компанії.

11.1.6.1. в будь-якому разі Страховик не організовує послуги, не врегульовує та не оплачує випадки, які сталися за межами України.

11.1.7. За цим Договором медикаменти та витратні матеріали надаються Застрахованим особам за системою безкоштовних заявок Асистуючої компанії в договірних аптечних закладах.

11.1.8. У екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися із Асистуючою компанією або Страховиком на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно з умовами цього Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Додатку № 1 та/або Додатку №2 до цього Договору в залежності від Програми, з подальшим інформуванням Страховика або Асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку а при наявності об'єктивних причин неможливості зв'язатися з Асистуючою компанією або Страховиком, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії тощо, після припинення цих обставин протягом 24 – годин.

11.2. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

11.2.1. Страховим ризиком є непередбачувана подія, на випадок настання якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності і випадковості настання, а саме:

11.2.1.1. за програмою КМУ – нещасний випадок;

11.2.1.2. за програмою КМУЕ – захворювання, що вимагає надання швидкої невідкладної медичної допомоги, екстреної стаціонарної допомоги, екстреної хірургічної допомоги.

11.2.2. Страховим випадком за Програмою КМУ є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до Асистуючої компанії / медичного закладу передбаченого Договором страхування, при настанні нещасного випадку, що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги щодо надання швидкої та невідкладної медичної допомоги, та/або екстреної стаціонарної допомоги та/або амбулаторної допомоги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування. За програмою КМУ Страховик організує та здійснює оплату медичних послуг, потреба в яких виникла виключно у зв'язку з нещасним випадком, який стався в період дії Договору. Медичні послуги, не пов'язані з нещасним випадком, не оплачуються та не організовуються.

11.2.3. Страховим випадком за Програмою КМУЕ є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до Асистуючої компанії / медичного закладу передбаченого Договором страхування, при настанні нещасного випадку та/або захворювання (небезпечного розладу здоров'я), що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування.

11.3. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХУВАННЯ

11.3.1. Страховик має право відмовити у Страховій виплаті, якщо:

11.3.1.1. Застрахована особа вчинила навмисні дії, спрямовані на настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй медичних послуг, крім випадків, пов'язаних з виконанням громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється згідно чинного законодавства України.

11.3.1.2. Застрахована особа отримала травму внаслідок будь-якого випадку зазначеного в Розділі 11 як Виключення із страхових випадків і обмеження страхування.

11.3.1.3. Застрахована особа перебувала у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння та/або в результаті пов'язаних з таким станом будь-яких їх наслідків.

11.3.1.4. Страхувальник повідомив неправдиві відомості при укладанні Договору.

11.3.1.5. Страхувальник та/або Застрахована особа порушили умови Договору.

11.3.1.6. Страховику не було надано всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі).

11.3.1.7. Страхувальник/Застрахована особа отримав повне відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи, як відшкодування збитків.

11.3.1.8. інші випадки, передбачені законодавством/Договором.

11.3.2. Страховик не організує та не здійснює оплату медичних послуг, потреба в яких виникла у зв'язку з:

11.3.2.1. Будь-якими захворюваннями Застрахованої особи, в т.ч. хронічними, не пов'язаними з нещасним випадком або захворюванням (небезпечним розладом здоров'я) в період дії Договору.

11.3.2.2. Наслідками травм та хірургічних операцій, що сталися до набуття чинності Договором.

11.3.2.3. Вродженими вадами та аномаліями розвитку, спадковими хворобами.

11.3.2.4. Дегенеративно-дистрофічними захворюваннями (катаракта, глаукома, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, артроз, остеопороз, остеохондроз, сколіоз хребта, плоскостопість тощо).

11.3.2.5. Психічними захворюваннями та невротичними розладами (неврози, астенії, астено-депресивні стани, епілепсія тощо).

11.3.2.6. Вагітністю, крім невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю застрахованої особи.

11.3.2.7. ВІЛ-інфекцією/СНІДом, а також пов'язаними з ними хворобами.

11.3.2.8. Доброякісними та злоякісними новоутвореннями.

- 11.3.2.9. Трансплантацією органів та тканин, окрім аутотрансплантації.
- 11.3.2.10. Косметологічними та пластичними операціями (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластикою, корекція ваги, іншими маніпуляціями, пов'язаними з усуненням косметичних дефектів.
- 11.3.2.11. Корегуванням гостроти зору (в т.ч. хірургічною, лазерною корекцією), окрім надання невідкладної допомоги.
- 11.3.2.12. Хворобами периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартеріїт тощо).
- 11.3.2.13. Лікування зубів і ротової порожнини.
- 11.3.2.14. Плановою медичною допомогою.
- 11.3.2.15. Стаціонарним діагностичним обстеженням, крім нещасних випадків та захворювання (небезпечного розладу здоров'я), в т.ч. на МСЕК., проходження медичних комісій. Проходженням медичних оглядів.
- 11.3.2.16. Профілактичним, підтримуючим або санаторно-курортним лікуванням.
- 11.3.2.17. Форс-мажорними обставинами (ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, війни, військових дій будь-якого роду, надзвичайного стану, оголошеного органами влади тощо).
- 11.3.2.18. Лікуванням ендокринних захворювань, в тому числі цукрового діабету та його ускладнення.
- 11.3.2.19. Діагностикою та лікуванням професійних захворювань відповідно до висновку уповноваженої установи.
- 11.3.2.20. Діагностикою та лікуванням травм та інших розладів здоров'я, отриманих в результаті професійного заняття спортом. В межах цього Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.
- 11.3.2.21. Захворювання за якими встановлена група інвалідності.
- 11.3.2.22. Діагностикою та лікуванням цирозу печінки, гепатиту В або С.
- 11.3.2.23. Захворюваннями органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).
- 11.3.2.24. Тяжкими травмами органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).
- 11.3.2.25. Діагностику та лікування таких захворювань як: інсульт, розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.
- 11.3.2.26. Особливо небезпечними інфекціями згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 та № 521 від 25.02.2020.
- 11.3.2.27. Захворювання, які набрали характер епідемій чи пандемій (в т.ч. при введенні уповноваженими державними органами комплексу карантинних заходів).
- 11.3.2.28. Лікарські засоби/витратні матеріали, не призначені лікарем не зареєстровані як лікарські засоби та придбані поза аптечною мережею України.
- 11.3.2.29. Лікарські засоби, медикаменти (терміном лікування понад 30 календарних днів) на кожен страховий випадок.
- 11.3.3. Страховик не оплачує медичному закладу та не відшкодовує Застрахованій особі:
- 11.3.3.1. Витрати на благодійні внески.
- 11.3.3.2. Витрати на консультації спеціалістів зі статусом докторів/кандидатів медичних наук та/або професорів, окрім випадків залучення їх до консиліуму.
- 11.3.3.3. Витрати на придбання харчових добавок, стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, біовіталь тощо), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), хондро-, гепатопротекторів/препарати замісної терапії, статини, коректорів імунітету та рівня ліпідів в крові, дезінфікуючих засобів, засобів санітарії та гігієни, інші товари медичного призначення, медичні інструменти, експлантати для герніопластики (сітка для пластики гриж живота), предмети догляду.
- 11.3.3.4. Витрати на діагностику гомеостазу організму (імунограма, алергопроби, гормональний стан, ліпідограма тощо).
- 11.3.3.5. Витрати на медичні послуги чи медикаменти, придбані без призначення лікаря або отриманні без направлення лікаря.
- 11.3.3.6. Витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору, за винятком тих обставин, коли екстрене стаціонарне лікування за страховим випадком було розпочато у період дії Договору (у цьому випадку Страховик відшкодовує вартість лікування у стаціонарі протягом строку, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб).

11.3.3.7. Вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, комірців Шанца, биндажів, еластичних бинтів тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції для металостеосинтезу тощо).

11.3.3.8. Витрати на послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання.

11.3.3.9. Витрати на профілактичний масаж, лікування методами народної та нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, мануальна терапія, гомеопатія, іридодіагностика тощо), екстракорпоральні методи лікування.

11.3.3.10. Витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою страхування.

11.3.3.11. Медичні послуги, одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Асистуючою компанією медичних закладах або на умовах, що не передбачені Договором.

11.3.3.12. Моральну шкоду та упушену вигоду.

11.3.3.13. Витрати на подальше обстеження після встановлення не страхового діагнозу.

11.3.3.14. Витрати на подальше обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування.

11.3.3.15. Витрати на перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду.

11.3.3.16. Операцій на коронарних судинах (стентування, шунтування), протезування клапанів серця і суглобів

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

11.3.3.18. послуги, препарати, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями бази медичної установи та/або лікарем Асистуючої компанії, як розумні та необхідні заходи.

11.3.3.19. Лікування будь-яких хронічних хвороб, крім загострення, що загрожують життю Застрахованої особи.

11.3.4. До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання події, яка безпосередньо або побічно спричинена, пов'язана, виникає або збільшується в тому числі і внаслідок:

11.3.4.1. Будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв, мін, бомб, інших боєприпасів, їх частин (осколків) чи вогнепальної зброї), оголошеною чи неоголошеною війною, воєнними діями чи маневрами, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, масових заворушень, локаутів, терористичних актів, тероризму, або будь-яких інших дій (в т.ч. внаслідок участі у цих та вищезазначених діях) за політичними мотивами.

11.3.4.2. Для цілей цього Договору, "тероризм" означає:

a) суспільно небезпечну діяльність, яка полягає у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому невинних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей;

b) будь-яка дія з боку будь-якої особи (осіб), що діє самостійно або від імені або у зв'язку з якою-небудь групою або організацією, що має на меті повалення, тиск або ж вплив на політику уряду де-юре або де-факто або органу державної влади або місцевого органу влади шляхом застосування сили або насильства;

c) використання будь-якої біологічної, хімічної ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, або ж вибухонебезпечних речовин або будь-яких руйнівних механізмів або будь-якого роду дії з метою піддати небезпеці безпосередньо чи опосередковано безпеку або майно одного або декількох осіб в цілому або зокрема Страхувальника;

d) будь-якого роду дія або діяльність, яку визначив як терористичний акт правозастосовуючий орган країни чи території, на якій мало місце такого роду дія чи діяльність.

11.3.5. За цим Договором не можуть бути застрахованими особи:

11.3.5.1. Недієздатні фізичні особи за станом здоров'я.

11.3.5.2. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД.

11.3.5.3. Які мають злоякісні новоутворення.

11.3.5.4. Особи з інвалідністю I та II групи.

11.3.5.5. Хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, гепатити В або С.

11.3.5.6. Хворі на нервові та психічні розлади (шизофренію, аутизм тощо).

11.3.5.7. Хворі на інсульт, розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.

11.3.5.8. Хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями).

11.3.5.9. Хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем.

11.3.5.10. Які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).

11.3.5.11. Хворі на тяжкі захворювання органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).

11.3.5.12. Особи віком понад 60 років та молодше 10 років.

11.3.6. Дія Договору не розповсюджується на події, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору.

11.4. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.4.1. При настанні протягом строку дії цього Договору такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно умов цього Договору, Застрахована особа або її представник повинні звернутися до Асистуючої компанії на електронну адресу – help@lic.kiev.ua, або за телефонами 0 800 500 108 та 044 238 69 70 та надати наступну інформацію:

- номер Ідивідуальної картки;

- своє прізвище, ім'я та по батькові;

- причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям).

11.4.2. На підставі отриманої інформації черговий лікар-координатор Асистуючої компанії приймає рішення щодо організації надання медичних послуг Застрахованій особі, яка отримує їх, керуючись вказівками лікаря-координатора.

11.4.3. В екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з Асистуючою компанією на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно з умовами цього Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Програми в Додатку №1 та №2 з подальшим інформуванням Страховика або Асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку, а у випадку об'єктивних причин неможливості зв'язатися з Асистуючою компанією, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії, тощо, після припинення цих обставин протягом 24-х годин.

11.5. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ

11.5.1. За цим Договором Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати медичних послуг, які були надані Застрахованій особі відповідно до положень Розділу 11 цього Договору на базі медичного закладу, визначеного цим Договором.

11.5.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати рахунків відповідного медичного закладу за надання Застрахованій особі медичних послуг, передбачених Програмою страхування (Додаток 1 та/або Додаток 2), наданих на підставі відповідного повідомлення або підтвердження чергового лікаря – координатора Асистуючої компанії.

11.5.3. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, у випадках, передбачених п. 11.4.3 Розділу 11 Загальної частини цього Договору, страхова виплата може бути здійснена безпосередньо Застрахованій особі в порядку, передбаченому цим Договором у розмірах, що не перевищують вартість аналогічних медичних послуг базового медичного закладу, в межах страхової суми.

11.5.4. Страховик має право не оплачувати медичному закладу та не відшкодовувати Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих Застрахованій особі без належного підтвердження Асистуючої компанії або до такого підтвердження, за виключенням випадків надання Застрахованій особі медичних послуг в порядку та на підставах, передбачених п. 11.4.3 Загальної частини цього Договору.

11.5.5. Для отримання страхової виплати, у випадках передбачених п. 11.4.3 та 11.5.3. Загальної частини цього Договору, Застрахована особа надає Страховику наступні документи:

11.5.5.1. письмову заяву на страхову виплату за формою Страховика;

11.5.5.2. медичну документацію: консультативний висновок та/або виписку з історії хвороби (із зазначенням діагнозу, переліку та кількості медичних послуг та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися за рахунок Застрахованої особи), підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;

11.5.5.3. квитанції або фіскальні чеки та калькуляції (детальні кошториси робіт), що підтверджують видатки на лікувально- діагностичні медичні послуги;

11.5.5.4. фіскальні та товарні чеки з аптечних закладів за придбані медикаменти (належним чином завірені);

11.5.5.5. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (паспорт та ін.);

11.5.5.6. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру;

11.5.5.7. інші документи за вимогою Страховика.

11.5.6. Документи, передбачені п. 11.5.5 Розділом 11 Загальної частини цього Договору, мають бути надані Страховику протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виписки з медичного закладу, якщо інше не буде окремо погоджено Сторонами.

11.5.7. Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі документів, перерахованих у п. 11.5.5 Розділу Загальної частини цього Договору, у розмірі 100% витрат, якщо вартість наданих послуг не перевищує рівень цін базових медичних закладів на момент настання страхового випадку по відповідній Програмі, що зазначені в Додаток 1 та/або Додаток 3 до цього Договору.

11.5.8. У випадку, якщо вартість наданих послуг перевищує рівень цін базових медичних закладів, зазначених в Додатку 1 або Додатку 2 до цього Договору, Страховик компенсує тільки ту частку витрат, що не перевищує рівень цін базових медичних закладів. Для визначення частки перевищення, порівнюються тільки аналогічні послуги базових медичних закладів і лікувальної установи, у яку звернулася Застрахована особа. Рішення щодо порівняння рівня цін приймає Страховик.

11.5.9. У випадку наявності в калькуляції медичної установи, в яку самостійно звернулася Застрахована особа, позицій, що відсутні в прейскуранті цін базових медичних закладів згідно Додатку 1 та/або Додатку 2 до Договору, за такими послугами Страховик оплачує 50 (п'ятдесят) % витрат.

11.5.10. Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.

11.6. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

11.6.1.1. Індивідуальна картка Застрахованої особи не може бути передана для використання іншим третім особам.

11.6.1.2. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно цього Договору та чинного законодавства України.

11.6.1.3. У разі необґрунтованого виклику Застрахованою особою лікаря додому, швидкої або невідкладної медичної допомоги та/або використання санітарних транспортних засобів не за медичним призначенням, Застрахована особа відшкодовує Страховику вартість такої послуги. Страховик залишає за собою право припинити виконання своїх зобов'язань по відношенню до такої Застрахованої особи.

11.6.1.4. Виклик лікаря, швидкої або невідкладної медичної допомоги організовується за місцем фактичного знаходження Застрахованої особи на момент виклику (додому, в офіс тощо).

Використання санітарного транспорту вважається необґрунтованим, якщо:

11.6.1.4.1. виклик здійснений Застрахованою особою для медичного обслуговування незастрахованої особи;

11.6.1.4.2. при виклику, здійсненому Застрахованою або особою, що діє в її інтересах, навмисно надана невірна інформація, щодо необхідності медичної допомоги або місця перебування Застрахованої особи;

11.6.1.5.3. виклик здійснений не в медичних цілях;

11.6.1.5.4. виклик здійснений до Застрахованої особи, з приводу алкогольного сп'яніння або абстинентного синдрому;

11.6.1.4.5. виклик здійснений до Застрахованої особи, що не вимагає надання екстреної медичної допомоги (з метою одержання планових медичних маніпуляцій та ін.);

11.6.1.4.6. Застрахована особа відсутня по зазначеній при виклику бригади швидкої медичної допомоги й лікарів адресі.

11.6.1.5. У випадку несплати Застрахованою особою або Страхувальником вартості послуг у випадках, передбачених п. 12.6.1.3 – 12.6.1.4. цього Договору, протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту виставлення Страховиком відповідного рахунку, дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

11.6.1.6. Страховик не несе відповідальності при зміні за бажанням Застрахованої особи (всупереч рекомендаціям лікаря) медичних технологій, що їх використовували при лікуванні як основної хвороби, так і її ускладнень.

11.6.1.7. У зв'язку тим, що Страховик безпосередньо не надає медичні послуги Застрахованим особам, а лише організовує, він звільняється від відповідальності за якість медичних послуг, наданих Застрахованим особам в медичних закладах, та не несе відповідальність за лікарські помилки.

ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (STANDART)

<p>Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до Асистуючої компанії/ЛПУ, передбаченої Договором, при настанні нещасного випадку, що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування.</p> <p>Страховими ризиками є непередбачувані події, на випадок настання яких провадиться страхування і які мають ознаки ймовірності і випадковості настання, а саме: нешасний випадок.</p>	
СТРАХОВА СУМА, ГРН	50 000,00
Перелік опцій медичного страхування у разі настання нещасного випадку:	
Швидка та невідкладна медична допомога	Клініки категорій В, А, А+, А++
Екстрена стаціонарна допомога	Клініки категорій В, А
Амбулаторно-поліклінічна допомога, в т.ч.:	Клініки категорій В, А
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	так, в межах страхової суми
Виклик лікаря додому/в офіс	НІ
<p>Позначення категорій клінік:</p> <p>В – державні/відомчі медичні заклади;</p> <p>А – приватні медичні заклади низької та середньої цінової категорії;</p> <p>А+ - приватні медичні заклади високої вартості (Амеда, Оксфорд Медікал);</p> <p>А++ - брендові медичні заклади (Добробут, Адоніс, Медіком).</p>	

ОПИС ПОСЛУГ ЗА ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ

<p>1. ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА (ЕКСТРЕНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА:</p> <p>Дана програма передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Швидка медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні. Рішення про необхідність виїзду спеціалізованої бригади швидкої медичної допомоги приймається лікарем Асистуючої компанії, або лікарем звичайної бригади швидкої медичної допомоги.</p> <p>Склад опції:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа; ● огляд лікарем, встановлення попереднього діагнозу; ● діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого; ● медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги); ● транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю; ● транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги (медикаменти та розхідні матеріали, а саме: гіпсові пов'язки, бинти, вата, тощо) в умовах травмпункту; ● транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності в стаціонарній медичній допомозі; ● транспортні витрати до 30 км від населеного пункту з якого виїжджає невідкладна медична допомога оплачуються Страховиком, а понад 30 км – Страхувальником/Застрахованою особою
--

2. ЕКСТРЕНА СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ТА/АБО ЕКСТРЕНА ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА:

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, з максимальним лімітом перебування який оплачується Страховиком 30 (тридцять) днів, з приводу травм, що можуть призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи.

Рішення про необхідність екстреної госпіталізації приймає виключно лікар (а саме: лікар бригади швидкої медичної допомоги, поліклініки).

Страховик покриває витрати на стаціонарне лікування до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, тобто до повного усунення загрози життю та здоров'ю хворого, стабілізації та покращення загального стану до такого ступеню, що лікування може бути закінченим чи продовженим в домашніх умовах – без цілодобового нагляду медичного персоналу але і будь-якому разі Страховик відшкодовує не більше 30 (тридцяти) днів перебування Застрахованої особи в стаціонарі.

Екстрена госпіталізація здійснюється до найближчого від місця виклику стаціонару, що може надати кваліфіковану медичну допомогу, в зв'язку з чим умови розміщення в палаті можуть відрізнятися від передбачених Програмою страхування. В будь-якому випадку Страховик прикладатиметься всіх зусиль по забезпеченню відповідних умов перебування Застрахованої особи в стаціонарі.

Склад опції:

- перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності вільних місць);
- харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультації лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направлення лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
- лікування у відділенні реанімації (у разі потреби);
- забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначення лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу (до 10 (десяти) процедур 1 (один) раз на рік за призначенням лікаря);
- лікувальний масаж за лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина основного лікувального процесу загальною кількістю процедур до 10 на рік (не залежно від зони проведення масажу);
- транспортування Застрахованої особи до обласних міст для лікування у провідних профільних клініках України (виключно за медичними показаннями), при цьому транспортні витрати до 30 км від населеного пункту оплачуються Страховиком, а понад 30 км – Страховальником/Застрахованою особою.

3. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА:

Медична допомога в умовах поліклініки організовується в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи медичного закладу або лікаря, консультації якого необхідно організувати.

- консультації та інші професійні послуги лікарів, у тому числі вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження (ендоскопічні маніпуляції, функціональна діагностика, ультразвукові дослідження, рентгенологічні дослідження, комп'ютерна томографія, ядерно-магнітна резонансна томографія), в тому числі з анестезіологічним супроводом (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій);
- за призначенням лікаря проведення лікувальних заходів та маніпуляцій, а саме: проведення апаратних фізіологічних методів лікування до 10 (десяти) сеансів кожного методу лікування протягом дії Договору та проведення лікувального масажу до 10 (десяти) сеансів протягом дії Договору. Одна консультація лікаря – фізіотерапевта та одне навчальне заняття лікаря ЛФК;
- хірургічне лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах («мала» хірургія) в тому числі, анестезіологічний супровід (за виключенням загальної, спінальної та епідуральної анестезій);
- супроводження Застрахованої особи лікарем-куратором в клініці (довірений лікар) – при наявності такого у лікувальному закладі;
- Експертиза тимчасової непрацездатності з видачею листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі (за умови повідомлення Застрахованою особою Асистуючу компанію).

Згідно з чинним законодавством України право на видачу листків непрацездатності мають лише державні заклади охорони здоров'я, у зв'язку з чим Застрахована особа повинна сповістити лікаря Асистуючої компанії про потребу у листку тимчасової непрацездатності під час першого звернення

● **Денний стаціонар.** Дана послуга передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах денного стаціонару 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, в зв'язку з можливими негативними наслідками;
- яким необхідні внутрішньовенні крапельні введення медичних препаратів протягом порівняно тривалого часу;
- яким необхідне введення різними методами медичних препаратів через певні проміжки часу протягом дня;
- які потребують проведення складних діагностичних обстежень з тривалою підготовкою, яку можна проводити тільки в умовах медичного закладу;
- які потребують лікувальних заходів та після яких необхідний ліжковий режим протягом деякого часу.

Склад опції:

- перебування Застрахованої особи в умовах денного стаціонару;
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах денного стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- забезпечення медикаментами і витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери тощо)
- лікувального процесу в умовах денного стаціонару;
- фізіотерапевтичні процедури в умовах денного стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу до 10 (десяти) сеансів за одним страховим випадком;
- медикаментозне забезпечення на умовах та у відповідних лімітах опції «Медикаментозне забезпечення при амбулаторно- поліклінічній допомозі».

За цією опцією представник/лікар Асистуючої компанії не організовує та Страховик не оплачує:

- транспортування в стаціонар;
- харчування в умовах денного стаціонару;
- лікування в санаторних умовах, лікування в домашніх умовах;
- проведення оперативних втручань з приводу нещасного випадку (його наслідків), якщо нещасний випадок настав не в період дії Договору, проведення будь-яких косметичних, пластичних операцій, їх ускладнення;
- діагностику та лікування супутніх хронічних хвороб в стадії ремісії;
- індивідуальний догляд (пост) за хворим.

4. МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ АМБУЛАТОРНО – ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЛІКУВАННІ:

Забезпечення (а також доставка додому або в офіс на умовах, погоджених з аптекою) витратними матеріалами та медикаментами.

Дана опція передбачає забезпечення через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик та/або Асистуюча компанія, Застрахованих осіб медичними препаратами/лікарськими засобами, офіційно зареєстрованими на території України, які призначені лікуючим лікарем і необхідні для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Доставка медикаментів додому та в офіс здійснюється (за наявності такої послуги в аптеках, що співпрацюють з Асистуючою компанією та при вартості замовлення більше 200,00 (двісті) грн), протягом 5-12 годин з моменту вимоги Застрахованої особи.

Механізм організації медикаментозного забезпечення наступний:

- після визначення плану лікування, лікар поліклініки зв'язується з Асиансом та узгоджує перелік медикаментів, необхідних для лікування Застрахованої особи та їх кількість;
- лікар Асиансу зв'язується з аптекою, що здійснює доставку медикаментів;
- за наявності необхідних медикаментів в таких аптеках, Асианс замовляє потрібні медикаменти та узгоджує вартість, час та місце доставки;
- Асистуюча компанія інформує Застраховану особу про час та місце доставки медикаментів.

У випадку придбання медикаментів за власні кошти Застрахованої особи поза аптечною мережею, з якою співпрацює Асистуюча компанія – 100 (сто) % відшкодування вартості таких медикаментів здійснюється згідно з умовами Договору та Програми страхування (за умови узгодження таких витрат з Асистуючою компанією).

_____ Страховик

_____ Страхувальник

ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ТА/АБО ЗАХВОРЮВАННЯ (ELIT)

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору до Асистуючої компанії / ЛПУ/ швидкої допомоги / стаціонарного відділення ЛПУ, передбаченого Договором, при настанні нещасного випадку та/або захворювання (небезпечного розладу здоров'я), що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги щодо надання швидкої та невідкладної медичної допомоги, та/або екстреної стаціонарної допомоги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування.

Страховими ризиками є непередбачувані події, на випадок настання яких провадиться страхування і які мають ознаки ймовірності і випадковості настання, а саме: **нешасний випадок** та/або **захворювання** (небезпечний розлад здоров'я), що вимагає швидкої та невідкладної медичної допомоги, та/або екстреної стаціонарної допомоги.

СТРАХОВА СУМА, ГРН	50 000,00
Перелік опцій медичного страхування у разі настання нещасного випадку:	
Швидка та невідкладна медична допомога	Клініки категорій В, А, А+, А++
Екстрена стаціонарна допомога	Клініки категорій В, А
Амбулаторно-поліклінічна допомога, в т.ч.:	Клініки категорій В, А
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	так, в межах страхової суми
Виклик лікаря додому/в офіс	НІ
Перелік опцій при настанні захворювання (небезпечного розладу здоров'я):	
Швидка та невідкладна медична допомога	Клініки категорій В, А, А+, А++
Екстрена стаціонарна допомога	Клініки категорій В, А
Виклик лікаря додому/в офіс	НІ
Позначення категорій клінік:	
В – державні/відомчі медичні заклади;	
А – приватні медичні заклади низької та середньої цінової категорії;	
А+ - приватні медичні заклади високої вартості (Амеда, Оксфорд Медікал);	
А++ - брендові медичні заклади (Добробут, Адоніс, Медіком).	

ОПИС ПОСЛУГ ЗА ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ

- у випадку настання нещасного випадку - наведено у Додатку № 1 до Договору;
- у випадку настання захворювання (небезпечного розладу здоров'я) - наведено нижче:

1. ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА (ЕКСТРЕНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА:
Дана програма передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Швидка медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні. Рішення про необхідність виїзду спеціалізованої бригади швидкої медичної допомоги приймається лікарем Асистуючої компанії, або лікарем звичайної бригади швидкої медичної допомоги.
Склад опції:
<ul style="list-style-type: none"> ● виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа; ● огляд лікарем, встановлення попереднього діагнозу; ● діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;

- медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);
- транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;
- транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги (медикаменти та розхідні матеріали, а саме: гіпсові пов'язки, бинти, вата, тощо) в умовах травмпункту;
- транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності в стаціонарній медичній допомозі;
- транспортні витрати до 30 км від населеного пункту з якого виїжджає невідкладна медична допомога оплачуються Страховиком, а понад 30 км – Страхувальником/Застрахованою особою

2. ЕКСТРЕНА СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ТА/АБО ЕКСТРЕНА ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА:

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, з максимальним лімітом перебування який оплачується Страховиком 30 (тридцять) днів, з приводу травм, що можуть призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи.

Рішення про необхідність екстреної госпіталізації приймає виключно лікар (а саме: лікар бригади швидкої медичної допомоги, поліклініки).

Страховик покриває витрати на стаціонарне лікування до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, тобто до повного усунення загрози життю та здоров'ю хворого, стабілізації та покращення загального стану до такого ступеню, що лікування може бути закінченим чи продовженим в домашніх умовах – без цілодобового нагляду медичного персоналу але і будь-якому разі Страховик відшкодовує не більше 30 (тридцяти) днів перебування Застрахованої особи в стаціонарі.

Екстрена госпіталізація здійснюється до найближчого від місця виклику стаціонару, що може надати кваліфіковану медичну допомогу, в зв'язку з чим умови розміщення в палаті можуть відрізнятись від передбачених Програмою страхування. В будь-якому випадку Страховик прикладатиметься всіх зусиль по забезпеченню відповідних умов перебування Застрахованої особи в стаціонарі.

Склад опції:

- перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності вільних місць);
- харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультації лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направлення лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
- лікування у відділенні реанімації (у разі потреби);
- забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначення лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу (до 10 (десяти) процедур 1 (один) раз на рік за призначенням лікаря);
- лікувальний масаж за лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина основного лікувального процесу загальною кількістю процедур до 10 на рік (не залежно від зони проведення масажу);
- транспортування Застрахованої особи до обласних міст для лікування у провідних профільних клініках України (виключно за медичними показаннями), при цьому. транспортні витрати до 30 км від населеного пункту оплачуються Страховиком, а понад 30 км – Страхувальником/Застрахованою особою.

ПІДТВЕРДЖЕННЯ про надання інформації, яка надається клієнту до укладення договору страхування

Я, _____
/Прізвище, Ім'я, По-Батькові Клієнта/

підтверджую, що до укладення договору страхування:

_____ /предмет та реквізити договору страхування/

Приватним акціонерним товариством «**Страхова компанія «ГРАВЕ УКРАЇНА»** (надалі – ПрАТ СК «ГРАВЕ УКРАЇНА» та/або Страховик), мені було надано вичерпну інформацію про Страховика та страхові продукти в обсязі та в порядку, що передбачені статтями 85-88 Закону України «Про страхування», і така інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком.

Я підтверджую, що до укладення договору страхування, на виконання вимог Закону України «Про страхування» та Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»:

- з умовами страхування ознайомлений та згоден, Страховик надав для ознайомлення загальні умови страхового продукту, зазначені у договорі страхування, інформацію про стандартний страховий продукт у вигляді уніфікованого (стандартизованого) документа, що містить загальну інформацію про страховий продукт та іншу інформацію про умови страхування;
- з інформацією про найменування та місцезнаходження Страховика, його ідентифікаційний код у Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України, відомостями про ліцензії на здійснення діяльності зі страхування, способи перевірки їх актуальності; переліком послуг зі страхування, які можуть надаватися Страховиком, порядком та умовами консультування щодо страхових послуг; інформацією про сплату страхових премій та будь-яких інших платежів (крім страхових премій), я ознайомлений. Згоден, що при сплаті страхової премії шляхом проведення безготівкового перерахування, в тому числі, через сайт Страховика/інші платіжні системи, банківські установи та/або платіжні системи можуть стягувати з платника комісію за перерахування/переказ коштів відповідно діючих тарифів;
- з інформацією 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), ознайомлений;
- з інформацією про страхового посередника (якщо договір страхування укладається з залученням страхового посередника), його найменування та місцезнаходження, страховими продуктами, які він реалізує, переліком послуг, що надаються, сторінку в мережі Інтернет з посиланням на Реєстр, платності послуг страхового посередника та іншою інформацією, передбаченої Законом України «Про страхування», я ознайомлений;
- вся зазначена вище інформація, доступна на вебсайті Страховика <https://www.grawe.ua>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;
- вся зазначена інформація та всі умови договору страхування мені зрозумілі, договір страхування не містить двозначних формулювань та/або незрозумілих визначень; укладення договору страхування не нав'язане мені іншою особою; договір страхування не укладається мною під впливом помилки, тяжких обставин, насильства тощо.

Підписано мною до укладення договору страхування в «_____» хв. «_____» год.

«_____» _____ 202__ року.

/підпис/

/ПІБ/



вул. Велика Васильківська, 65, м. Київ, 03150, Україна
тел. +38 044 247 68 03
office@grawe.ua, www.grawe.ua

© 23.04.2024 Національний Банк України переоформив ПрАТ СК «ГРАВЕ УКРАЇНА» ліцензії на здійснення діяльності із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування) за відповідними класами страхування (ризиками в межах класів), інформація щодо яких міститься у Державному реєстрі фінансових установ.