ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МІСТО»
21050, Україна, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25, Головний офіс
№ рахунку: UA523510050000026505642264850 в АТ «УкрСиббанк»,
МФО 351005, код ЄДРПОУ 33295475, тел./ф. (0432) 508-108

ДОГОВІР
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я (ПРИЄДНАННЯ))
Оферта №108/000267

Місце укладання: м. Вінниця **12 лютого 2021 року**

Дана Оферта є офіційною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Місто», що адресується фізичним дієздатним особам укласти Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), надалі – **Договір або Договір страхування.**

Договір страхування укладено відповідно до Закону України «Про страхування» на підставі ліцензії Страховика серія серія АВ № 584179, видану Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 25.05.2011 року, на умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Нацкомфінпослуг України 21.05.2013р. за №0613149, зі Змінами №1 зареєстрованих Нацкомфінпослуг України 24.04.2018р. за №0318081, надалі – Правила страхування.

РОЗДІЛ 1 СТОРОНИ ДОГОВОРУ

1.1. СТРАХОВИК	**Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто» в особі Голови Правління Крамера Геннадія Леонідовича, який діє на підставі Статуту.**
1.2. СТРАХУВАЛЬНИК	**Дієздатна фізична особа, яка приєдналася до цього Договору відповідно до умов і положень статей 634, 638 Цивільного кодексу України, підписавши Заяву-приєднання до цього Договору, яка сплатила страховий платіж, і яка таким приєднанням укладає Договір на користь себе або іншої особи за її згодою.**
1.3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	**Фізична особа, про страхування якої укладено Договір визначена в Заяві-приєднання, яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з умов Договору. У випадку, якщо Страхувальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.**
1.4. ВИГОДОНАБУВАЧ	**Вигодонабувачем по добровільному медичному страхуванню визначено медичний або інший заклад (суб'єкт господарювання), що надав послуги Застрахованій особі, Асистанс та/або Застрахована особа в разі самостійної оплати нею медичних та інших послуг на умовах передбачених Договором.**

РОЗДІЛ 2. ТЕРМІНОЛОГІЯ

2.1. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі у медичних закладах, вказаних у Додатку №4 Договору або в закладі, погодженому Страховиком/Представником Страховика, без потреби перебування в цілодобовому стаціонарі і яка не може бути/не була відкладена на 24 години з моменту звернення.

2.2. Асистанс (Представник Страховика) – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника/Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором як страхові випадки, надає послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, а також організовує, контролює, здійснює оплату наданих Застрахованій особі послуг від імені Страховика.

2.3. Базовий заклад – медичний заклад, визначений Страховиком серед переліку, розміщеному на сайті https://ic-misto.com.ua/medical, який має пріоритетне значення при направленні за зверненнями Застрахованої особи та на основі вартості послуг (препаратів) якого Страховик проводить розрахунок максимальної суми виплати у випадку самостійної оплати Застрахованою особою вартості наданої їй медичної допомоги.

2.4.Бордеро Страховика – реєстр договорів страхування, який містить інформацію про персональні дані Застрахованої особи, умови страхування та передається Асистансу для супроводу Застрахованих осіб. Перевірку наявності/чинності конкретної Заяви-приєднання Застрахованої особи можливо здійснити шляхом сканування програмним застосунком унікального QR-коду Бордеро Страховка, зазначеного в Заяві-приєднання.

2.5. Валідація Договору – встановлення чинності Договору страхування відносно Застрахованої особи. Валідація Договору відбувається шляхом перевірки інформації зазначеної в Заяві-приєднання Застрахованої особи з Бордеро Страховика.

2.6. Вайбер (Viber) - застосунок VoIP для смартфонів, що працюють на платформах Android, BlackBerry OS, iOS, Symbian, Windows Phone, Bada і комп'ютерів з операційною системою Windows, OSX або Linux та використовується для передачі даних.

2.7. Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (співоплата, франшиза) – частина витрат (збитків), що не відшкодовується Страховиком згідно з Програмою страхування чи Договором.

2.8.Вигодонабувач - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для одержання страхових виплат при настанні страхового випадку.

2.9. Веб-сторінка (веб-сайт, ІТС) Страховика – інформаційний ресурс ic-misto.com.ua, доступний в мережі Інтернет (www) та доступний для перегляду у веб-браузері.

2.10. Гостре захворювання – хвороба, яка виникла несподівано із характерними симптомами та потребує надання невідкладної медичної допомоги.

2.11. Гострий біль - суб'єктивне відчуття, яке виникає у особи і порушує її нормальну дієздатність.

2.12. Договір страхування - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

2.13. Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія) – візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчено кваліфікованим електронним підписом.

2.14. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування. Застрахованими не можуть бути особи, які на час укладення Договору мають онкологічні хвороби будь-якої локації, тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи, захворювання на цукровий діабет, перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, мають будь-яку групу інвалідності.

2.15. Захворювання - погіршення фізичного та/або психічного стану, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованих медичних послуг.

2.16. Кваліфікований електронний підпис (КЕП) - удосконалений електронний підпис, який створюється з використанням засобу кваліфікованого електронного підпису і базується на кваліфікованому сертифікаті відкритого ключа.

2.17. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як страховий випадок.

2.18. Ліміт страхової суми - обмеження страхової суми за окремими страховими випадками, видами медичної допомоги та послуг, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування, та/або за окремими нозологіями, що встановлюються у Договорі страхування.

2.19. Медична послуга – різновид медичної допомоги, яка надається на підставі договірних відносин медичним закладом та передбачає право отримання виконавцем оплати за надані послуги, включає лікувальну, діагностичну, медикаментозну допомогу.

2.20. Медичні заклади – суб'єкти господарської діяльності (юридичні особи, а також фізичні особи-підприємці), які згідно з діючим законодавством мають право надавати медичну (консультативну, діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, фармацевтичну, санаторно-курортну, оздоровчу) допомогу та послуги опікування.

2.21. Медичний персонал - особи, які мають відповідну освіту, і які мають право займатись медичною практикою, надавати медичну допомогу відповідно до рівня своєї кваліфікації згідно із законодавством.

2.22. Невідкладна (екстрена) медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі виїзною загально-профільною/ спеціалізованою бригадою швидкої допомоги або медичним закладом, коли існує загроза її життю і здоров'ю та не може бути/не була відкладена на 24 години, виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин (підвищення температури тіла вище 39°С, судоми, порушення серцевого ритму, гострі та раптові болі будь-якої локалізації, кровотечі, отруєння та травми, інші стани, які загрожують життю та здоров'ю людини, або відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI.).

2.23. Невідкладна стоматологічна допомога - медична допомога при гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямована на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

2.24. Норматив на ведення справи – норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та застосовується при достроковому припиненні Договору, **становить** 30% від страхового платежу.

2.25. Одноразовий ідентифікатор (код)- алфавітно-цифрова послідовність, що її отримує Страхувальник, який прийняв пропозицію (Оферту) укласти Договір страхування в електронній формі шляхом реєстрації в ІТС Страховика. Одноразовий ідентифікатор може **передаватися** Страховиком Страхувальнику засобом зв'язку, вказаним під час заповнення Страхувальником заяви-приєднання про намір укласти Договір страхування.

2.26. Період очікування (каренція, часова франшиза) – період, що починається з дати набрання чинності Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором/Програмою страхування, упродовж якого Страховик не приймає до розгляду звернення Застрахованої особи з приводу надання медичної допомоги та не здійснює страхову виплату по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

2.27. Планова допомога (планове лікування захворювання) – надання медичної допомоги за направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у невідкладній допомозі за життєвими показниками (можливе відтермінування лікування протягом 24 годин і більше з моменту встановлення симптомів/показів).

2.28. Попередній діагноз - діагноз, отриманий безпосередньо при зверненні Застрахованої особи за медичною допомогою на підставі даних (симптомів), отриманих до початку систематичного обстеження особи. Попередній діагноз необхідний для розробки плану обстеження і початкових етапів лікування.

2.29. Попереджувальна діагностика - комплекс методів дослідження людського організму для визначення діяльності (функціонування) окремих органів, систем або людського організму в цілому, об'єктивної оцінки їх функції, виявлення патології та визначення можливих функціональних розладів.

2.30. Програма страхування – документ, розроблений Страховиком на основі Правил страхування, наявної актуарної статистики із зазначенням переліку медичних послуг, інших умов, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування в частині добровільного медичного страхування. Програма страхування є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

2.31. Стан здоров'я - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи, яку офіційно дає лікар та яка підтверджується медичною документацією.

2.32. Невідкладна стаціонарна допомога (госпіталізація) – вид медичної допомоги, яка передбачає цілодобове спостереження медичним персоналом медичного закладу за станом здоров'я Застрахованої особи, яка госпіталізована за терміновими показниками, що вказано у медичній документації і яка надається не пізніше ніж за 24 години від моменту госпіталізації.

2.33. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

2.34. Страховий платіж – плата за страхування, яку Страхувальник зобов`язаний внести Страховику на поточний рахунок згідно умов Договору страхування.

2.35. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

2.36. Страховий акт - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою на здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати.

2.37. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини.

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

2.39. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.40. Страхувальник – фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

2.41. СМС (SMS, Short Message Service) — послуга обміну (передачі і прийому) короткими текстовими повідомленнями в телекомунікаційних мережах, яка доступна для мобільних телефонів та інших комунікаційних пристроїв.

2.42. Термінові показники – це показники стану здоров'я Застрахованої особи, які підтверджуються клініко-діагностичними дослідженнями та/або висновком медико-соціальної експертизи та передбачають потребу госпіталізації чи проведення термінового оперативного втручання без можливості відтермінування.

2.43. Хронічне захворювання - захворювання, тривалість якого перевищує 6 місяців від моменту ймовірного початку встановлення або при наявності 3 (трьох) і більше випадків загострень за один календарний рік. Симптоми не підлягають повному і остаточному лікуванню та характеризується відсутністю потреби надання невідкладної допомоги.

РОЗДІЛ 3. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

3.1. Текст цього Договору підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 2 статті 638 Цивільного кодексу України.

3.2.Оферта складена в одному примірнику, оригінал якої зберігається у Страховика, а текст Оферти розміщений для вільного доступу в мережі Інтернет за адресою: https //ic-misto.com.ua/about-us/dogovori-oferti. Оферта набирає чинності з **12 лютого 2021 року** та діє до дати відкликання оферти Страховиком.

3.3. Перед укладенням Договору, Страхувальник самостійно ознайомлюється з умовами Договору на веб-сторінці Страховика за адресою: https://ic-misto.com.ua/about-us/dogovori-oferti (ic-misto.com.ua) або у офісі Страховика (21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25).

3.4. У відповідності до статей 207, 634, 638, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11,12,13 Закону України «Про електронну комерцію» цей Договір вважається погодженим та укладеним Страхувальником шляхом вчинення ним дій, що свідчать про згоду дотримуватися умов Договору, в тому числі і без підписання письмового примірника Сторонами. Діями Страхувальника, що свідчать про згоду дотримуватися умов Договору та згоду отримувати послуги зі страхування на встановлених Страховиком умовах є сплата страхового платежу на поточний рахунок Страховика, а також заповнення та підписання письмової Заяви-приєднання, зразок якої міститься в Додатку № 1 до Договору;

3.5. Виконання Страхувальником, зазначених в п. 3.4. Договору, дій означає прийняття Страхувальником усіх умов даного Договору і є укладенням Договору в спосіб, прирівняний до укладення правочину у письмовій формі.

3.6. Укладення цього Договору здійснюється в порядку, визначеному п. 3.4. Договору, шляхом приєднання Страхувальника до цього Договору в цілому. Укладаючи Договір, Страхувальник автоматично погоджується з повним та безумовним прийняттям положень Договору та всіх додатків, що є невід'ємною частиною Договору. Якщо особа не згодна з будь-якою з умов цього Договору їй необхідно утриматися від приєднання до Договору.

3.7. Погоджуючись з умовами Договору, Страхувальник підтверджує свою правоздатність та дієздатність, включаючи досягнення 18-річного віку, а також усвідомлює відповідальність за зобов'язання, що покладаються на нього у результаті укладання цього Договору.

3.8. Заява – приєднання оформлюється в двох примірниках з унікальним номером, який відповідає номеру страхового полісу (сертифікату). Один примірник Заяви-приєднання зберігається у Страховика на підтвердження укладення Договору, інший примірник залишається у Страхувальника.

3.9. Підписанням Заяви-приєднання Страхувальник:

- підтверджує, що з Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден;
- надає згоду та право Страховику, безстроково, відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати) інформацію, яка, відповідно до вимог законодавства, становить персональні дані Страхувальника/Застрахованої особи (включаючи інформацію медичного характеру) з метою: виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором, забезпечення реалізації податкових відносин, відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Використання і поширення інформації, що становить персональні дані, здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов цього Договору та/або захисту його інтересів;
- надає згоду на отримання від ПрАТ «СК «Місто» інформаційних SMS повідомлень;
- підтверджує, що до укладення цього Договору йому було доведено до відома інформацію, передбачену статтею 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року N 2664-III (із змінами), зміст вказаної інформації йому зрозумілий. Надана інформація є доступною на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, фінансових розрахунків, оподаткування, механізмів захисту фінансовою установою прав споживачів, порядку урегулювання спірних питань, реквізитів органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, а також реквізитів органів з питань захисту прав споживачів;
- надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника, Вигодонабувача (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації повідомлень про подію, що має ознаки страхового випадку.

3.10. Застрахованими особами по цьому Договору можуть бути особи віком від **6 років до 60 років** включно. Якщо Страхувальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.

РОЗДІЛ 4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

4.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи або

законного представника Застрахованої особи у випадку, якщо Застрахована особа є неповнолітньою.

РОЗДІЛ 5. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

5.1. Страховим ризиком є звернення Застрахованої особи з приводу отримання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги, необхідність у якій виникає у зв'язку **гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком.**

5.2. Страховим випадком за цим Договором є:

5.2.1. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору до зазначеного у Договорі медичного закладу у зв'язку із станом її здоров'я, що потребує медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу;

5.2.2. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору до уповноваженого Представника Страховика, у зв'язку із станом здоров'я, що потребує медичної допомоги, відповідно до умов Договору та Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу;

5.2.3. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору за отриманням медичної допомоги відповідно до Програми страхування до інших медичних закладів, не зазначених у Договорі (у тому числі розташованих в інших регіонах України при необхідності організації невідкладної медичної допомоги), якщо таке звернення було погоджено та/або організовано Страховиком, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу.

5.3. Страховий випадок вважається таким, що закінчився, якщо за медичними показами зникає необхідність подальшого надання Застрахованій особі медичної допомоги з приводу даного захворювання Застрахованої особи.

5.4. Згідно умов цього Договору Страховик, протягом одного та кожного страхового випадку, здійснює виплату за надані Застрахованій особі медичні послуги протягом **30 (тридцяти) днів** з дати початку лікування в межах страхової суми/Ліміту страхової суми.

5.5. **З приводу лікування загострень хронічних захворювань** Страховик здійснює виплату за надані Застрахованій особі медичні послуги щодо лікування **не більше двох загострень кожного хронічного захворювання в амбулаторних умовах** або **одного курсу стаціонарного лікування** та **одного курсу лікування в амбулаторних умовах** протягом строку дії Договору.

5.6. Перелік медичної допомоги, медичних та інших послуг, за надання яких Застрахованій особі, при настанні страхового випадку, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору, а також кількість страхових випадків за якими Страховик здійснює страхову виплату та розмір франшизи (власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті), визначається в **Програмі страхування**, що є невід'ємною частиною цього Договору та наведена в **Додатку №2 Договору.**

5.7. Перелік медичних закладів, надавачів допомоги, визначено в **Додатку № 4** до Договору.

5.8. Послуги, що не передбачені цим Договором та Програмою страхування, Застрахована особа оплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

РОЗДІЛ 6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ЧАСОВА ФРАНШИЗА.

6.1**.** Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування визначено в **Додатку №3** до Договору.

6.2. Договором передбачений **період очікування (каренції), що становить 14 (чотирнадцять) днів з дати набрання чинності Договору страхування відносно Застрахованої особи.**

РОЗДІЛ 7. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ

7.1. **Страхова сума, Ліміт страхової суми, страховий тариф, страховий платіж** визначається в **Програмі страхування**, що є невід'ємною частиною цього Договору та наведена **в Додатку №2** Договору.

7.2. **Програми страхування із зазначенням, переліку (об'єму) медичної допомоги, медичних та інших послуг, за надання яких Застрахованій особі, при настанні страхового випадку, Страховик здійснює страхову виплату визначено в Додатку №2 Договору.**

7.3. Грошові зобов'язання Сторін відповідно до даного Договору визначаються в національній валюті України.

РОЗДІЛ 8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. Строк дії Договору становить **365 календарних днів**, починаючи з дня набрання ним чинності у відповідності до п. 8.2. Договору.

8.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу за перший період страхування в повному обсязі на поточний рахунок Страховика.

8.3. У випадку несплати страхового платежу за перший період страхування у розмір та в строк, визначений в Заяві-приєднання, Договір вважається таким, що не набрав чинності.

8.4. Строк дії Договору встановлений в п.8.1. Договору, та поділений на **12 періодів страхування.**

8.5. **Період страхування** – це проміжок часу, що становить один місяць, починаючи з дати набрання чинності Договору по аналогічну дату наступного календарного місяця (у випадку відсутності такого дня в поточному місяці по останній день місяця), протягом якого Страховик несе зобов'язання за Договором, за умови сплати Страхувальником чергових щомісячних сум страхових платежів у повному обсязі та у строки, зазначені в Заяві-приєднання.

8.6. У випадку якщо Страхувальник не сплатив чергову суму щомісячного страхового платежу, в строк передбачений в Заяві-приєднання, дія страхового захисту (відповідальність Страховика) у цей період страхування не наступає. Страховик не здійснює страхові виплати по будь-яким випадкам, що трапилися в період страхування, який не був оплачений, а такі випадки не вважаються страховими.

8.7. У випадку якщо під час дії періоду страхування, за який не було сплачено страховий платіж, Страховику будуть перераховані від Страхувальника грошові кошти в розмірі щомісячного страхового платежу, такий платіж враховується Страховиком як оплата за наступний період страхування.

8.8. У разі несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки, Страховик виставляє Страхувальнику вимогу на сплату. Якщо черговий страховий платіж не був сплачений протягом 10 робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику: Договір страхування вважається достроково припиненим.

8.9. У випадку якщо протягом строку дії Договору Застрахована особа зверталася до Страховика з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначені Договором страхування і Страховиком були проведені страхові виплати, а річний страховий платіж по Договору сплачений не в повному обсязі, Страхувальник зобов'язаний сплатити його протягом 10 календарних днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховиком. При цьому вимога пред'являється Страховиком Страхувальнику в усній, письмовій чи іншій формі (факсом, телефоном, електронною поштою тощо) на вибір Страховика.

8.10. **Місцем дії Договору є територія України** (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).

8.11. Страховий захист діє **цілодобово.**

РОЗДІЛ 9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

9.1. **У разі виникнення необхідності в отриманні медичної допомоги за опціями, що включені до Програми страхування, Застрахована особа зобов'язана особисто або через уповноважену особу, звернутися до Страховика/Представника Страховика зателефонувавши за номером телефону 0 800 21 11 18 (дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України).**

9.2. Страховик починає надання послуг з організації медичного обслуговування Застрахованій особі після Валідації договору.

9.3. У виключних випадках, при необхідності отримання медичної допомоги в закладі, який не визначений в цьому Договорі, Застрахована особа зобов'язана попередньо погодити своє звернення з Представником Страховика/Страховиком. Представник Страховика залучає до роботи по наданню та координації медичних послуг Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює повноту, своєчасність, якість та адресність надання цих послуг.

9.4. **Порядок організації Страховиком медичної допомоги, медичних та інших послуг:**

9.4.1. **При станах, які потребують невідкладної (екстреної) допомоги**:

9.4.1.1. Застрахована особа/уповноважена особа Застрахованої особи у відповідності до Правил виклику бригад швидкої медичної допомоги здійснює виклик бригади при випадках втрати свідомості; судом; раптового розладу дихання; раптового болю в грудній клітці; гострого болю в черевній порожнині та поперековому відділі; головного болю, що супроводжується запамороченням або нудотою; порушення мовлення, слабкості у кінцівках, що виникли раптово; гіпо- та гіперглікемічної коми; гіпертермічного синдрому; зовнішньої кровотечі, блювання кров'ю; ознак гострого отруєння; порушення перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча, інше); анафілактичної реакції, спричиненої різними чинниками, в тому числі укусами комах; укусів змій; укусів тварин; усіх видів травм (поранення, переломи, опіки, важкі забої, травми голови тощо); пов'язаних з невідкладною стоматологією; нещасних випадків, у тому числі обумовлених дією диму, вогню та полум'я, електричного струму, блискавки, пов'язаних із транспортними засобами; теплового удару, переохолодження; асфіксії всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи, удушення); наслідків злочинного нападу; надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру; гострих психічних розладів (з поведінкою, небезпечною для життя хворого та/або оточуючих); інших станах, які загрожують життю та здоров'ю людини, або відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI.

9.4.1.2. Якщо у Застрахованої особи при виникненні потреби в отриманні медичних послуг не було об'єктивної можливості, а саме перебування без свідомості, звернутися до Страховика у зв'язку із наданою екстреною медичною допомогою, Застрахована особа або особи, що її опікують, **зобов'язані не пізніше 48 годин** з моменту отримання Застрахованою особою таких послуг (забезпечення),у спосіб вказаний в п.9.1. повідомити Страховику наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи та номер договору;
- інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів.

9.4.1.3. Представник Страховика надсилає в медичний заклад запит на отримання медичної виписки з історії хвороби по випадку лікування Застрахованої особи.

9.4.2. При станах, які потребують амбулаторної допомоги, окрім станів визначених в п. 9.4.3. Договору:

9.4.2.1. Представник Страховика організовує/скеровує на консультацію до сімейного лікаря (терапевта).

9.4.2.2. Представник Страховика організовує/скеровує на консультації до лікарів вузькопрофільної спеціалізації, на проведення інструментально-лабораторних досліджень, діагностичного обстеження виключно за наявності письмового/електронного направленням лікуючого (сімейного) лікаря/терапевта із зазначенням попереднього/основного діагнозу. Направлення надсилається на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua, на застосунок Viber за номером 0970088611**, або надається в оригіналі за адресою Страховика в робочий час. Представник Страховика здійснює запис Застрахованої особи до медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу не пізніше, ніж за **1 (один) календарний день** до встановленої дати проведення консультації або дослідження. Пріоритетним для запису є Базовий заклад або заклад, який територіально є найближчим до місця проживання/роботи Застрахованої особи. Запис до конкретного вузького спеціаліста, проводиться Представником Страховика, за умови роботи такого спеціаліста в медичному закладі, зазначеному на сайті Страховика https://ic-misto.com.ua/medical.

9.4.2.3. Представник Страховика організовує доставку медичних препаратів, виклик лікаря на домашню адресу Застрахованої особи або адресу Страхувальника, консультації інших спеціалістів на умовах, зазначених у Програмі страхування. При цьому замовлення на відповідні послуги має бути здійснено в робочий день **з 9-00 до 13-00 та за умови наявності в Застрахованої особи негативного тесту на COVID-2019.**

9.4.2.4. При призначенні медикаментозного лікування, Застрахована особа/медичний заклад надсилає фотокопію консультаційного висновку (виписки) (форма о28, о27), призначення або рецепту з печаткою лікаря на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua, на застосунок Viber за номером 0970088611**, або надає оригінал за адресою Страховика в робочий час. В окремих випадках, за письмовим (або телефонним) узгодженням з Страховиком, Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати за узгоджений перелік медикаментів із урахуванням обмежень згідно Договору страхування.

9.4.3. При симптомах гострого респіраторного захворювання, в т.ч. коронавірусу (COVID – 19), що потребує амбулаторної допомоги:

9.4.3.1. Представник Страховика скеровує Застраховану особу на **первинну консультацію до сімейного лікаря/терапевта.** Первинну консультацію Застрахована особа отримує у обраного сімейного лікаря/терапевта згідно підписаної Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (надалі – Декларація). У виключних випадках, коли в Застрахованої особи немає можливості звернутись до сімейного лікаря/терапевта про вибір якого Застрахованою особою подана відповідна Декларація згідно із законодавством, Страховик може організувати консультацію до іншого спеціаліста. **Страховик має право відмовити у страховій виплаті, у випадку, якщо Застрахована особа попередньо не узгодила звернення до лікаря з Страховиком/Представником Страховика.**

9.4.3.2. За необхідності Представник Страховика організовує/скеровує на консультації до лікарів вузькопрофільної спеціалізації, на проведення інструментально-лабораторних досліджень, діагностичного обстеження **виключно за наявності направленням** із зазначенням попереднього/основного діагнозу. Направлення надсилається на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua,** на застосунок Viber за номером **+380970088611**, або надається в оригіналі за адресою Страховика в робочий час. Представник Страховика здійснює запис Застрахованої особи до медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу не пізніше, ніж за **1** (**один) календарний день** до встановленої дати проведення консультації або дослідження. Пріоритетним для запису є Базовий (відомчий) заклад або заклад, який територіально є найближчим до місця проживання/роботи Застрахованої особи. Запис до конкретного вузького спеціаліста, проводиться

Представником Страховика, за умови роботи такого спеціаліста в медичному закладі, зазначеному на сайті Страховика https://ic-misto.com.ua/medical.

9.4.3.3. При призначенні медикаментозного лікування, Застрахована особа/медичний заклад надсилає фотокопію консультаційного висновку (виписки) (форма о28, о27 тощо), призначення або рецепту з печаткою лікаря на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua**, на застосунок Viber за номером **+380970088611,** або надає оригінал за адресою Страховика в робочий час. В окремих випадках, за письмовим (або телефонним) узгодженням з Страховиком, Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати за узгоджений перелік медикаментів із урахуванням обмежень згідно Договору страхування.

9.4.4. При станах, які потребують стаціонарної допомоги:

9.4.4.1. Представник Страховика контактує із представниками медичного закладу, встановлює наявність у медичній документації Застрахованої особи, яка направлена лікарем у стаціонар, наявність підстав вважати госпіталізацію за терміновими показниками (невідкладно/екстренно).

9.4.4.2. Представник Страховика організовує/скеровує на консультації до лікарів вузькопрофільної спеціалізації, проведення інструментально-лабораторних досліджень, діагностичного обстеження за направленням призначеного лікуючого лікаря в телефонному режимі із вказанням попереднього/основного діагнозу. Пріоритетним для запису є Базовий заклад або заклад, який територіально є найближчим до розміщення стаціонару. Запис до конкретного вузького спеціаліста, проводиться Представником Страховика, за умови роботи такого спеціаліста в медичному закладі, зазначеному на сайті Страховика https://ic-misto.com.ua/medical.

9.4.4.3. Представник Страховика організовує доставку медичних препаратів в стаціонар, перебування в палаті підвищеного комфорту, забезпечення харчування на наявності таких послуг в умовах. зазначених у Програмі страхування.

9.4.4.4. При призначенні медикаментозного лікування, Застрахована особа/медичний заклад (по можливості) надсилає фотокопію консультаційного висновку (виписки) (форма о28, о27), призначення або рецепту з печаткою лікаря на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua, на застосунок Viber за номером 0970088611**, або надає оригінал за адресою Страховика в робочий час. В окремих випадках, за письмовим (або телефонним) узгодженням з Представником Страховика, Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати за узгоджений перелік медикаментів із урахуванням обмежень по Договору страхування.

9.4.5. **При зверненні Застрахованої особи за оздоровчими чи профілактичними послугами (попереджувальною діагностикою) у разі наявності послуги в Програмі страхування**:

9.4.5.1. Представник Страховика організовує/скеровує на консультацію до сімейного лікаря (терапевта) для отримання рекомендації вибору оптимальної лікувально-профілактичної програми.

9.4.5.2. Представник Страховика організовує послуги в оздоровчому закладі чи організовує профілактичні заходи (профілактичний огляд, вакцинація, вітамінізація тощо) не пізніше ніж 10 днів з дати звернення Страхувальника/Застрахованої особи.

9.4.5.3. Представник Страховика зобов'язаний надати Застрахованій особі направлення на послуги попереджувальної діагностики до медичного закладу не пізніше **10 календарних днів** після укладення Договору страхування, а Застрахована особа, пройти діагностику та надати відповідні результати не пізніше **30 календарних днів від дати укладення Договору.**

9.5. У разі, якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги, за попереднім погодженням зі Страховиком, для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна протягом **30 (тридцяти) календарних днів** від моменту закінчення отримання медичних послуг звернутися до Страховика із письмовою заявою про страхову виплату та надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку, згідно з Розділом 11 цього Договору.

9.6. Витрати за отримані медичні послуги, вказані в п. 9.3. цього Договору, не повинні перевищувати рівень вартостей таких витрат, типових для медичних закладів та приватно практикуючих лікарів, що працюють в даній місцевості, при наданні аналогічних медичних послуг.

9.7. Застрахованій особі надається медична допомога в медичних закладах, з якими Страховиком укладено Договори про співробітництво, та які визначені в Додатку №4 цього Договору.

9.8. У виключних випадках, при необхідності отримання медичної допомоги в закладі, який не визначений в цьому Договорі, Застрахована особа, якщо претендує на сплату таких послуг Страховиком, має попередньо погодити своє звернення з Представником Страховика/Страховиком.

РОЗДІЛ 10.ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

10.1. **Страхова виплата** за надані Застрахованій особі медичні послуги, **здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи** на підставі виставлених Страховику рахунків від Медичних закладів, Представника Страховика тощо.

10.2. **У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг**, за умови попереднього узгодження витрат із Страховиком, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі заяви на отримання страхової виплати та документів, зазначених в Розділі 11 Договору.

10.3. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** після отримання всіх вказаних у Розділі 11 цього Договору документів.

10.4. Страховик може продовжити строк прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати за наявності причин для сумнівів в обґрунтованості (законності) виплати, але, в будь-якому випадку, не більше **60 (шістдесяти) календарних днів** з дати отримання усіх вказаних в Розділі 11 цього Договору документів.

10.5. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє Вигодонабувача письмово з обґрунтуванням причин протягом **10 (десяти) робочих** днів з дати отримання всіх необхідних документів.

10.6. **Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором страхування, укладеним на підставі цього Договору, можуть бути:**

10.6.1. **Медичний заклад**, що надавав Застрахованій особі передбачену цим Договором медичну допомогу. Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку, за фактом наданих послуг згідно страхового акта.

10.6.2. **уповноважений Представник Страховика**, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок медичного закладу вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку, за фактом наданих послуг згідно страхового акту.

10.6.3. **Застрахована особа**, яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку, дотримуючись умов цього Договору, самостійно оплатила вартість наданої їй медичної допомоги. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється шляхом

безготівкового розрахунку. Якщо Застрахованою є неповнолітня особа, одержувачем страхової виплати згідно з умовами Договору страхування є її законний представник.

10.7. Якщо треті особи здійснили повну або часткову оплату вартості медичних та парамедичних послуг, отриманих Застрахованою особою під час її захворювання, Страховик здійснює страхову виплату у розмірі, що складає різницю між повною вартістю медичних та парамедичних послуг та вартістю послуг, що сплачена третіми особами. Виплата здійснюється Застрахованій особі, а у разі її смерті – спадкоємцям згідно з законом.

10.8. **Якщо Програмою страхування передбачена Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (співоплата, франшиза),** Застрахована особа зобов'язана оплатити частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У випадках, якщо медичний заклад не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи, Страховик має право вимагати від Застрахованої особи провести самостійно повну оплату вартості медичних послуг, лікарських засобів, засобів медичного призначення, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування Застрахованій особі витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Представником Страховика до надання таких послуг.

10.9. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати затвердження страхового акта.

10.10. **Страховик здійснює страхову виплату в межах страхової суми, але не більше:**

- суми, що відповідає вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та парамедичних послуг.
- Ліміту страхової суми відповідно до Програми страхування.
- страхової суми, з вирахуванням всіх здійснених під час терміну дії Договору страхових виплат.

10.11. Загальна сума страхової виплати по Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми/Ліміту страхової суми.

10.12. Страхова сума зменшується на розмір страхових виплат, здійснених Страховиком за медичні та інші послуги, що були надані Застрахованій особі.

10.13. Договір припиняє свою дію повністю або за окремою опцією, що визначена в Програмі страхування, якщо сплачена сума за медичні та інші послуги, надані Застрахованій особі, дорівнює страховій сумі та/або Ліміту страхової суми, зазначеної в Програмі страхування.

10.14. Якщо медичні та парамедичні послуги Застрахована особа отримала без погодження зі Страховиком, страхова виплата не здійснюється.

10.15. Якщо в момент настання страхового випадку були чинними Договори медичного страхування відносно Застрахованої особи інших страхових компаній, страхова виплата здійснюється у розмірі, пропорційному співвідношенню страхових сум, вказаних кожною страховою компанією, з урахуванням обмежень, встановлених в п. 10.10. Договору.

РОЗДІЛ 11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою вартості наданої їй медичної допомоги, для отримання страхової виплати, Страховику надаються наступні документи:

11.1.1. Письмова заява на страхову виплату (за формою, що встановлена Страховиком).

11.1.2. Паспорт Вигодонабувача/Застрахованої особи.

11.1.3. Довідка про присвоєння ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача/ Застрахованої особи.

11.1.4. Медична документація (консультативні висновки, виписка з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування, об'єму наданих медичних послуг/медикаментів), листи тимчасової непрацездатності або відповідні довідки з медичного закладу. Установчі/дозвільні документи від медичного закладу, аптеки: витяг/виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, ліцензія, тощо.

11.1.5. Платіжні документи (фіскальні чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Застрахованою особою вартості наданої медичної допомоги/лікарських засобів, у випадку якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа, за попереднім погодженням із Страховиком, самостійно оплатила вартість медичних послуг.

11.1.6. Довідка з банку про відкриття або наявність банківського рахунку Вигодонабувача з зазначенням реквізитів для здійснення перерахунку коштів (допускається надання реквізитів рахунку, отриманих за допомогою системи інтернет-банкінг).

11.1.7. Висновки незалежної експертизи (за наявності), результати додаткового медичного обстеження Застрахованої особи, здійсненого на вимогу Страховика.

11.2. Страховик може обґрунтовано запросити у Застрахованої особи/Вигодонабувача додаткові документи, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність таких документів унеможливлює встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

11.3. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Страховику, в термін не пізніше **30 календарних днів з дати закінчення отримання медичних послуг по страховому випадку**. У разі надання документів в більший термін за зазначений Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

11.4. Документи надаються Страховику у формі **оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій,** або **простих копій за умови надання можливості звірки цієї копії з оригінальним примірником документа, або Електронної копії оригіналу паперового документа**. При цьому Страхувальник/Вигодонабувач, надаючи Електронні копії паперових документів Страховику, несе повну відповідальність за наявність оригіналів наданих документів у себе та зобов'язаний надати оригінали документів Страховику на його першу вимогу в строк визначений Страховиком.

11.5. Документи, передбачені цими Договором, можуть бути надані Страховику шляхом їх подання особисто, та/або подання за допомогою засобів поштового зв'язку, та/або через сайт Страховика, та/або шляхом направлення на адресу електронної пошти Страховика.

РОЗДІЛ 12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ВИКЛЮЧЕННЯ З СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

12.1. **Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:**

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

12.1.2. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

12.1.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин і вартості наданої медичної допомоги;

12.1.5. несвоєчасне надання Страховику документів на страхову виплату згідно умов цього Договору;

12.1.6. отримання медичної допомоги Застрахованою особою без попереднього узгодження з Страховиком, Представником Страховика;

12.1.7. ненадання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) оригіналів документів на вимогу Страховика по яким було надано електронні копії оригіналів паперових документів;

12.1.8. невиконання чи неналежне виконання Страхувальником, Застрахованою особою обов'язків визначених цим Договором, в т.ч. щодо сплати страхового платежу;

12.1.9. інші випадки, визначені Додатком №3, цим Договором та чинним законодавством України.

12.2. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав відмови у страховій виплаті протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення.

12.3. Рішення Страховика про відмову у здійсненні Страхової виплати може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

РОЗДІЛ 13. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

13.1. Страхувальник має право:

13.1.1. ознайомитись з Правилами та умовами страхування;

13.1.2. достроково припинити дію Договору на умовах визначених цим Договором;

13.1.3. отримати примірник даного Договору в письмовому вигляді на умовах Договору.

13.2. Застрахована особа має право:

13.2.1. скористатися правами Страхувальника, передбаченими цим Договором;

13.2.2. отримати страхову виплату на умовах цього Договору.

13.3. Страховик має право:

13.3.1. достроково припинити дію цього Договору;

13.3.2. проводити розслідування страхових випадків;

13.3.3. вимагати від Страхувальника та Застрахованих осіб виконання умов цього Договору;

13.3.4. вимагати дострокової сплати Страхувальником несплачених частин загального страхового платежу;

13.3.5. перевіряти повідомлену Страхувальником / Застрахованою особою інформацію;

13.3.6. отримувати будь-яку інформацію медичного характеру, що стосується страхового випадку, про Застраховану особу від медичного закладу, Представника Страховика або іншої особи, яка надавала Застрахованій особі медичні послуги;

13.3.7. надсилати запити до компетентних органів (медичних, правоохоронних та інших) про надання інформації (в тому числі конфіденційної відносно Застрахованої особи), необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку;

13.3.8. запитувати у Страхувальника/Застрахованої особи під час дії цього Договору будь-яку інформацію про зміни обставин, що мають значення для оцінки ймовірності настання страхового випадку;

13.3.9. замовити незалежну експертизу перевірку обставин страхового випадку;

13.3.10. відмовити у здійсненні страхової виплати згідно із умовами цього Договору;

13.3.11. збільшити розмір страхового тарифу та платежі на підставі відповідної статистики настання страхових випадків, за умови попереднього інформування Страхувальника про такі зміни за 10 календарних днів до дати змін. Зміна тарифу обгрунтовується показниками, що впливають на актуарні розрахунки вартості страхування відповідно до даних Страховика. Страхувальник має право відмовитись від таких змін протягом 10 днів. У випадку, якщо Страхувальник відмовився прийняти зміни, Договір вважається таким, що припинив дію з ініціативи Страхувальника;

13.3.12. В разі настання страхового випадку із особою, яка не приймається на страхування відповідно п. 2.14. Договору, Страховик вважатиме це порушенням Договору та страхову виплату не здійснюватиме. Якщо Страховик отримав інформацію, що особа не могла бути застрахована відповідно до умов цього Договору, після проведення відповідної страхової виплати, Страховик має право вимагати від такої особи компенсації завданої матеріальної шкоди в розмірі проведеної страхової виплати.

13.4. Страхувальник зобов'язаний:

13.4.1. виконувати умови цього Договору;

13.4.2. при укладанні Договору надати Страховику письмову інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

13.4.3. своєчасно та в повному обсязі сплатити страховий платіж, обумовлений у цьому Договорі;

13.4.4. за вимогою Страховика достроково сплатити несплачену частину загального страхового платежу;

13.4.5. повідомляти Страховика про всі діючі договори страхування, що діють або укладаються в період дії даного Договору на користь Застрахованої особи;

13.4.6. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передачі інформації, в т.ч., що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;

13.4.7. надати Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення належної перевірки Страхувальника та Вигодонабувача (при здійснення страхової виплати) на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

13.5. Застрахована особа зобов'язана:

13.5.1. виконувати умови даного Договору;

13.5.2. інформувати Страховика, письмово, про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом 48 годин, з моменту, коли йому стали відомі такі обставини, в т.ч. зміну адреси;

13.5.3. при необхідності отримання медичних послуг, інших послуг звертатись до Страховика / Представника Страховика у порядку, визначеному цим Договором;

13.5.4. надати Страховику документи, необхідні для проведення страхової виплати, в строк визначений в цьому Договорі;

13.5.5. при необхідності самостійної сплати вартості отриманих медичних послуг погодити зі Страховиком об'єм та вартість таких послуг до їх отримання;

13.5.6. на вимогу Страховика заповнити і надати Страховику Декларацію, що наведена в Додатку №5, протягом 3 (трьох) днів з дня одержання такої вимоги;

13.5.7. надати (за необхідності) Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення належної перевірки Застрахованої особи на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

13.6. Страховик зобов'язаний:

13.6.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

13.6.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

13.6.3. після одержання усіх необхідних, належним чином оформлених, документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату в терміни, визначені умовами даного Договору;

13.6.4. при настанні страхового випадку забезпечити організацію надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги відповідно до умов Договору;

13.6.5. забезпечувати конфіденційність інформації про Застраховану особу/Страхувальника/Вигодонабувача не розголошувати її за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

РОЗДІЛ 14. УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

14.1.1. закінчення терміну дії цього Договору;

14.1.2. смерті Застрахованої особи;

14.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором страхування у повному обсязі або в лімітах страхової суми, що визначені Додатком №2 Договору;

14.1.4. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

14.1.5. ліквідації Страховика в порядку, установленому чинним законодавством;

14.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї з Сторін. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніш як за 10 днів до дати припинення дії Договору.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає частину сплаченого страхового платежу, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачений Страховий платіж стосовно невикористаного періоду страхування. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором.

14.5. **Страховик має право в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору** (Заяви-приєднання) на підставі статті 212 Цивільного кодексу України, у випадку **настання скасувальної обставини**. Обставина, щодо якої невідомо, настане вона чи ні, вважається скасувальною. Страховик та Страхувальник під час укладення даного Договору страхування погодили, що скасувальною обставиною для можливості припинення Договору Страховиком в односторонньому порядку є:

- отримання інформації щодо наявності у Застрахованої особи онкологічної хвороби будь-якої локації, тяжкої форми захворювань серцево-судинної системи, захворювання на цукровий діабет, перебування на обліку в онкологічних, наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, наявності будь-якої групи інвалідності.

У випадку дострокового припинення дії Договору відповідно до п.14.5. Договору, Страховик повідомляє Страхувальника про дострокове припинення дії Договору за **3 (три) дні** до дати припинення. При цьому Страховик повертає Страхувальнику частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

14.6. Зміни і доповнення до цього Договору здійснюються Страховиком в односторонньому порядку шляхом укладання додаткової угоди чи викладення Договору в новій редакції та набувають чинності з моменту оприлюднення таких змін на веб-сайті Страховика https://ic-misto.com.ua/about-us/dogovori-oferti.

14.7. У випадку необхідності внесення змін до Договору Страховик не пізніше ніж за **10 (десять) календарних днів** до запропонованої дати внесення таких змін вносить пропозицію на зміну умов Договору із зазначенням дати такої зміни шляхом розміщення відповідного повідомлення на веб-сайті Страховика за адресою: https://ic-misto.com.ua. В разі, якщо Страхувальник протягом **10 (десяти) календарних днів** письмово не звернувся до Страховика за вирішенням розбіжностей стосовно зміни умов Договору, вважається, що пропозиція Страховика відносно зміни умов Договору прийнята Страхувальником відповідно до частини 3 статті 205 Цивільного кодексу України. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність пропозицій Страховика на зміну умов Договору на офіційному сайті Страховика. Сторони погодили, що незгода Страхувальника з пропозицією Страховика на зміну умов Договору є розбіжністю, яка на підставі частини 2 статті 649 Цивільного кодексу України підлягає вирішенню у судовому порядку.

14.8. Зміни до Заяви-приєднання вносяться за згодою Сторін шляхом переукладення Заяви-приєднання.

РОЗДІЛ 15. ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ

15.1. У разі виникнення у будь-якої із Сторін форс-мажорних обставин, дія Договору призупиняється до моменту припинення дії таких обставин.

15.2. Форс-мажорними обставинами вважаються: стихійні лиха; різке погіршення екологічної ситуації (радіоактивне чи хімічне забруднення); громадянська війна, народні хвилювання, страйки; військові дії будь-якого характеру, тероризм; конфіскація, націоналізація та інші подібні заходи політичного характеру, що здійснюються за розпорядженням влади; введення карантину в т.ч. адаптивного; оголошення епідемії; оголошення пандемії; прийняття нормативно-правових актів, які унеможливлюють виконання умов Договору.

15.3. Настання форс-мажорних обставин підтверджуються відповідним висновком (документом) торгівельно-промислової палати України або уповноваженого державного органу.

РОЗДІЛ 16. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторону несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.

16.2. У випадку несвоєчасного здійснення страхової виплати, Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати пені, що обчислюється, виходячи із суми простроченого платежу, у розмірі подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, за кожний день такої затримки.

16.3. Спори, що випливають із умов Договору або в зв'язку з ним вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у випадку недосягнення згоди вирішуються в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

16.4. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, в тому числі що є комерційною таємницею Сторін Договору.

16.5. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу.

РОЗДІЛ 17. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

17.1. Договір складається з Договору та Додатків до нього, які є невід'ємною частиною цього Договору:

Додаток №1 – Заява-приєднання.

Додаток №2 – Програми страхування.

Додаток №3 – Виключення із страхових випадків і обмеження страхування.

Додаток №4 – Перелік медичних закладів.

Додаток №5 – Декларація про стан здоров'я.

17.2. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Правилами Страхування, чинним законодавством України.

РОЗДІЛ 18. ПІДПИС СТРАХОВИКА

СТРАХОВИК

Назва	**Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто»**
Адреса	21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25
Телефон	(0432) 508-108
Банківські реквізити	Рахунок № UA523510050000026505642264850 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005, ЄДРПОУ 33295475

Голова Правління

Г.Л. Крамер

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (СТРАХОВИЙ ПОЛІС (СЕРТИФІКАТ))	**№**	108/000267/_____

Ознайомившись з умовами Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я (приєднання)). Оферта № 108/000267, дата пропозиції укласти договір 12.02.2021 р. (далі – Договір або Договір страхування), на офіційному сайті ПрАТ «СК «Місто»/ офісі ПрАТ «СК «Місто», приєднуюсь до умов Договору з такими нижченаведеними персоніфікованими даними.

1. СТРАХУВАЛЬНИК			
Прізвище, ім'я, по батькові			
Дата народження		**Ідентифікаційний номер (РНОКПП)**	
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий			
Адреса			
Телефон, електронна пошта			
У випадку, якщо Страхувальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.			
2. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА			
Прізвище, ім'я, по батькові			
Дата народження		**Ідентифікаційний номер (РНОКПП)**	
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий			
Адреса			
Телефон, електронна пошта			
3.АСИСТАНС/ПРЕДСТАВНИК СТРАХОВИКА			
Назва, адреса, телефон	**ТОВ «ПОДІЛЛЯ-АСИСАНС». Вінниця, вулиця, Архітектора Артинова, 43, кімната2**		
0-800-211-118			

4. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.					
3.1. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ (обрану програму позначте ☑)	☐ **«ШВИДКІ ЛІКИ»**	☐ **«ПАРТНЕРСЬКА»**	☐ **«ЛІКАРІ В СМАРТФОНІ»**	☐ **«ФОРМУЛА ЗДОРОВЯ»**	☐ **«ПАНАЦЕЯ»**
4.1. СТРАХОВА СУМА, грн.	**30 000,00**	**50 000,00**	**75 000,00**	**100 000,00**	**200 000,00**
4.2. ЗАГАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн.	**2 280,00**	**3 600,00**	**5 400,00**	**8 160,00**	**14 000,00**
4.3. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %.	**7,60**	**7,20**	**7,20**	**8,16**	**7,20**
4.4. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА 1 ПЕРІОД СТРАХУВАННЯ, грн.	**190,00**	**300,00**	**450,00**	**680,00**	**1 200,00**
4.5. Страховий платіж за перший період страхування сплачується до					
4.6. Страховий платіж за кожен наступний період страхування повинен бути сплачений до	**_____ числа кожного місяця терміну дії Договору.**				
5. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ	**4.1. Термін дії Договору становить 365 календарних днів,** починаючи з дня набрання чинності Договору. **4.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу за перший період страхування в повному обсязі на поточний рахунок Страховика.**				
6. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ	**Територія України** (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької обл., де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).				
7. Сімейний лікар (П.І.Б., місце роботи) (за наявності Декларації з медичним закладом)					
8. Місце роботи Застрахованої особи (назва підприємства/ П.І.Б. ФОП/ ЄДРПОУ/ ІПН)					

9. Договір страхування складається з Оферти та Заяви-приєднання.

10. Заява-приєднання складена у письмовій формі, у двох екземплярах.

11. Підписання Заяви-приєднання Страхувальником означає повне і беззастережне прийняття умов цього Договору та згоду Страхувальника зі всіма умовами Договору без виключення і доповнення, викладеними в Оферті та Правилах, що розміщені на веб-сторінках Страховика: **ic-misto.com.ua, https://ic-misto.com.ua/about-us/dogovori-oferti.**

12. Підписанням Заяви-приєднання Страхувальник/Застрахована особа підтверджує, що він ознайомлений і згодний з Правилами, зазначеними в Договорі та умовами страхування, а також та інформацією про фінансову послугу, що йому пропонується, в повному обсязі згідно з чинним законодавством України, зміст вказаної інформації йому зрозумілий.

13. На письмову вимогу Страхувальника Страховик надає примірник Договору, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням протягом 5 (п`яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги. При відтворенні на папері Договору Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису уповноваженої особи, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

14. Застрахована особа надає право Страховику звертатись та отримувати будь-яку інформацію про Застраховану особу та про стан здоров'я Застрахованої особи, необхідну для оцінки страхового ризику та визначення обставин або наслідків події, що може бути визнана страховим

випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію щодо перенесених захворювань, перебування в медичному закладі, щодо лікувальних та діагностичних процедур.

15. Застрахована особа уповноважує медичні установи та заклади, органи державної влади, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику; підтверджує, що на дату підписання Заяви-приєднання не має онкологічних хвороб будь-якої локації, тяжких форм захворювань серцево-судинної системи (вади серця, ревматизм, хронічна недостатність IIB), гепатиту В,С, цукрового діабету, цирозу печінки, ниркової недостатності, СНІДу або пов'язані зі СНІДом хворобами; доброякісних новоутворень головного мозку, не перебуває на обліку в онкологічних, наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, має групу інвалідності.

16. Страхувальник підтверджує ознайомлення Застрахованою особою з Правилами та умовами страхування, отриманням від неї згоди набуття прав і обов'язків Застрахованої особи.

17. ПІДПИСИ СТОРІН

Застрахована особа (її законний представник) з умовами страхування ознайомлена (ий) та погоджується набувати права і обов'язки Застрахованої особи

_____ _____

підпис ***дата***

СТРАХОВИК
ПрАТ «СК «МІСТО»
м.Вінниця, вул.Хлібна, 25

СТРАХУВАЛЬНИК/ ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА
_____
З правилами, умовами страхування,
Програмою страхування ознайомлений (а) та згоден (а)

_____ _____/_____/

Умови страхування зазначені у Договорі та розміщенні на веб-сторінці Страховика за посиланням: https://ic-misto.com.ua/about-us/dogovori-oferti		Перелік медичних закладів розміщено за посиланням:		QR-код перевірки валідності Договору страхування стосовно Застрахованої особи в Бордеро Страховика	

ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

У разі виникнення необхідності в отриманні медичної допомоги Застрахована особа зобов'язана особисто або через уповноважену особу, звернутися до Страховика/Представника Страховика зателефонувавши за номером телефону

0 800 21 11 18

(дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України).

КОНСУЛЬТАЦІЇ І ДІАГНОСТИКА

Представник Страховика організовує/скеровує на консультації до лікарів вузькопрофільної спеціалізації, на проведення інструментально-лабораторних досліджень, діагностичного обстеження виключно за наявності письмового/електронного направленням лікуючого (сімейного) лікаря/терапевта із зазначенням попереднього/основного діагнозу. Направлення надсилається на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua, на застосунок Viber за номером 0970088611**, або надається в оригіналі за адресою Страховика в робочий час. Представник Страховика здійснює запис Застрахованої особи до медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу не пізніше, ніж за **1 (один) календарний день** до встановленої дати проведення консультації або дослідження. Пріоритетним для запису є Базовий заклад або заклад, який територіально є найближчим до місця проживання/роботи Застрахованої особи. Запис до конкретного вузького спеціаліста, проводиться Представником Страховика, за умови роботи такого спеціаліста в медичному закладі, зазначеному на сайті Страховика **https://ic-misto.com.ua/medical.**

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

При призначенні медикаментозного лікування, Застрахована особа/медичний заклад надсилає фотокопію консультаційного висновку (виписки) (форма о28, о27), призначення або рецепту з печаткою лікаря на електронну пошту **0800211118@ic-misto.com.ua, на застосунок Viber за номером 0970088611**, або надає оригінал за адресою Страховика в робочий час. В окремих випадках, за письмовим (або телефонним) узгодженням з Страховиком, Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати за узгоджений перелік медикаментів із урахуванням обмежень згідно Договору страхування.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Швидкі ліки»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**30 000,00 грн.**
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**2280,00 грн.**
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	**190,00 грн.**
Страховий тариф річний, %	**7,60%**

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування **«Швидкі ліки»** передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору (лікувальної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:	
- **гострого захворювання;**	
- **хронічного захворювання в стадії загострення;**	
- **нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).**	
РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ	
Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	**необмежено**
Рівень медичних закладів (аптеки)	**А**
ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Швидкі ліки»:	
1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - 500 гривень на випадок	
Дана опція включає:	
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.	
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).	
2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:	
Діагноз	**Ліміт страхової суми, грн.**
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**2 500,00**
Дана опція включає:	
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації та оперативним втручанням.	
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical) .	

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління
Г.Л. Крамер

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Партнерська»

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**50 000,00 грн.**
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**3 600,00 грн.**
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	**300,00 грн.**
Страховий тариф, %	**7,2%**

ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування **«Партнерська»** передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:	
- **гострого захворювання;**	
- **хронічного захворювання в стадії загострення;**	
- **нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).**	
РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ	
Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	**необмежено**
Рівень медичний закладів (аптеки, державні і комунальні, приватні, стоматологічні)	**А,Б,В,Г**
ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Партнерська»:	
1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - 750,00 грн., в т.ч. на коронавірусну хворобу 2019 (COVID-19)	
Дана опція включає:	
- **Первинна консультація** спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).	
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (за виключенням КТ, МРТ органів грудної клітки (легень)).	
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.	
- Денний стаціонар, в т.ч. проведення малих хірургічних втручань, проведення медичних процедур та маніпуляцій.	
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).	
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).	
2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:	
Діагноз	**Ліміт страхової суми, грн.**
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**2 500,00**
Дана опція включає:	
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації та оперативних втручаннях.	
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.	
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.	
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.	
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical) .	
3. НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ	
Ліміт страхової суми опцією «Невідкладна стоматологія» 750 гривень	
Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану. Склад опції: - огляд та консультація лікаря-стоматолога;	

- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- ліквідація гострого зубного болю;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видалені зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби);
- видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит;

кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
СТРАХОВА КОМПАНІЯ «Місто»
Ідент. код 33295475
УКРАЇНА * м. ВІННИЦЯ *

Г.Л. Крамер

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Лікарі в смартфоні»

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**75 000,00 грн.**
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**5 400,00 грн.**
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	**450,00 грн.**
Страховий тариф, %	**7,2%**

ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування **«Лікарі в смартфоні»** передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:	
- **гострого захворювання;**	
- **хронічного захворювання в стадії загострення;**	
- **нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).**	
РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ	
Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	**необмежено**
Рівень медичний закладів (аптеки, державні і комунальні, приватні, стоматологічні)	**А,Б,В,Г**
Онлайн-консультації практикуючих лікарів по стандартам чинних клінічних протоколів та надання альтернативних експертних консультацій	**необмежено**
Закріплення лікаря-координатора	**так**
ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Лікарі в смартфоні»:	
1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:	
Діагноз	**Ліміт страхової суми на один випадок, грн.**
ГРВІ, Грип (J00-J06, J10)	**700,00**
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**3 000,00**
Дана опція включає:	
- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).	
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (за виключенням КТ, МРТ органів грудної клітки (легень)).	
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.	
- Денний стаціонар, в т.ч. проведення малих хірургічних втручань, проведення медичних процедур та маніпуляцій (ліміт 1500,00 гривень).	
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).	
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).	
2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:	
Діагноз	**Ліміт страхової суми на один випадок, грн.**
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**5 000,00**
Дана опція включає:	
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації та оперативних втручаннях.	
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.	
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.	
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.	
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	

- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності таких палат у медичному закладі та вільних місць).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical) .
3. НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ
Ліміт страхової суми опцією «Невідкладна стоматологія» - 750 гривень
Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану. Склад опції: - огляд та консультація лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - ліквідація гострого зубного болю; - анестезіологічна допомога; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видалені зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини; - зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями; - лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби); - видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит; - кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
СТРАХОВА КОМПАНІЯ
«Місто»
Ідент. код
33295475
УКРАЇНА м. ВІННИЦЯ

Г.Л. Крамер

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Формула здоров'я»

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**100 000,00 грн.**
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**8160,00 грн.**
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	**680,00 грн.**
Страховий тариф, %	**8,16%**

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування **«Формула здоров'я»** передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- **гострого захворювання;**
- **хронічного захворювання в стадії загострення;**
- **нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).**

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	**необмежено**
Рівень медичних закладів (аптеки, державні і комунальні, приватні, стоматологічні)	**А,Б,В,Г**
Онлайн консультація практикуючих лікарів по стандартам чинних клінічних протоколів та надання альтернативних експертних консультацій	**необмежено**
Закріплення лікаря-координатора	**так**

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Формула здоров'я»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:

Діагноз	Ліміт страхової суми на один випадок, грн.
ГРВІ, Грип (J00-J06, J10)	**700,00**
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**3 000,00**

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Виклик лікаря на домашню адресу Застрахованої особи або юридичну адресу Страхувальника (підрозділу Страхувальника) в межах міста обласного значення або його 30 кілометрової зони за наявності медичних показань: підвищення температури вище 38 градусів, ознак харчового отруєння або інфекційного захворювання, та при проведеному ІФА (IgM)/ ПЛР тесту на covid-2019 із негативним результатом, зробленого не пізніше 1 доби від дати звернення.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар, в т.ч. проведення малих хірургічних втручань, проведення медичних процедур та маніпуляцій.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:

Діагноз	Ліміт страхової суми на один випадок, грн.
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**25 000,00**

Дана опція включає:

- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації та оперативному втручанні.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності таких палат у медичному закладі та вільних місць) в ліміті 2000 грн.
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).

- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев`язки, ін`єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) .
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).
3.ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах 2000 гривень.
Дана опція включає:
Серцево-судинна патологія
лабораторні дослідження: розгорнутий аналіз крові (12 показників), аналіз крові на холестерин та цукор
Консультація кардіолога та ЕКГ із розрахунком (score) ризиків розвитку серцево-судинних хвороб та наданням рекомендацій.
Онкологічна патологія
лабораторні дослідження: ПСА загальний або СА125 (онкомаркер), аналіз сечі
Консультація мамолога (онколога) із оцінкою ризиків розвитку онкологічних хвороб та наданням рекомендацій.
Офтальмологічна патологія
Інструментальні дослідженням внутрішньоочного тиску та встановлення гостроти зору
Консультація офтальмолога із рекомендаціями профілактики комп'ютерного синдрому
Розширена гінекологія/урологія
Огляд гінекологом/урологом, УЗД та інструментальні дослідження за рекомендацією лікаря
Стоматологічна патологія
Здійснення панорамного знімку ротової порожнини
Консультація та огляд стоматолога із складанням стоматологічного паспорту
4. НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ
Ліміт страхової суми опцією «Невідкладна стоматологія» 750 гривень
Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану. Склад опції: - огляд та консультація лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - ліквідація гострого зубного болю; - анестезіологічна допомога; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видалені зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини; - зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями; - лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби); - видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит; - кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління
Г.Л. Крамер

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Панацея»

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**200 000,00 грн.**
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	**14 400,00 грн.**
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	**1 200,00 грн.**
Страховий тариф, %	**7,2%**

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Панацея» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- **гострого захворювання;**
- **хронічного захворювання в стадії загострення;**
- **нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо),**
- **профілактичних заходів.**

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	**Необмежено**
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	**Необмежена**
Рівень медичних закладів (аптеки, державні і комунальні, приватні, стоматологічні, оздоровчі)	**А,Б,В, Г, Д**
Онлайн консультація практикуючих лікарів по стандартам чинних клінічних протоколів та надання альтернативних експертних консультацій	**необмежено**
Закріплення лікаря-координатора	**так**

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «Панацея»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:

Діагноз	Ліміт страхової суми на один випадок, грн.
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**3 000,00**

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Виклик лікаря на домашню адресу Застрахованої особи або юридичну адресу Страхувальника (підрозділу Страхувальника) в межах міста обласного значення або його 30 кілометрової зони за наявності медичних показань: підвищення температури вище 38 градусів, ознак харчового отруєння або інфекційного захворювання, та при проведеному ІФА (IgM)/ ПЛР тесту на covid-2019 із негативним результатом, зробленого не пізніше 1 доби від дати звернення.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар, в т.ч. проведення малих хірургічних втручань, проведення медичних процедур та маніпуляцій.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» в межах страхової суми, окрім наступних діагнозів:

Діагноз	Ліміт страхової суми на один випадок, грн.
Пневмонія та коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) (J12-J18, U07.1., U07.2.)	**50 000,00**

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.

- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності таких палат у медичному закладі та вільних місць) в ліміті 2000 грн.
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Лікувальні маніпуляції (перев`язки, ін`єкції, внутрішньовенні вливання та ін.)
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: https://ic-misto.com.ua/medical).
3.ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах 2000 гривень.
Дана опція включає:
Серцево-судинна патологія
лабораторні дослідження: розгорнутий аналіз крові , глікозильований гемоглобін, аналіз крові на холестерин
Консультація кардіолога та ЕКГ із розрахунком (score) ризиків розвитку серцево-судинних хвороб та наданням рекомендацій (при заповненні декларації).
Онкологічна патологія
Флюрограма/ренгенограма
Консультація онколога із оцінкою ризиків розвитку онкологічних хвороб та наданням рекомендацій (при заповненні декларації).
Офтальмологічна патологія
Інструментальні дослідженням внутрішньоочного тиску та встановлення гостроти зору
Консультація офтальмолога із рекомендаціями профілактики комп'ютерного синдрому
Розширена гінекологія/урологія
Огляд гінекологом/урологом, УЗД та інструментальні дослідження за рекомендацією лікаря
Стоматологічна патологія
Здійснення панорамного знімку ротової порожнини
Консультація та огляд стоматолога із складанням стоматологічного паспорту
4. НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ
Ліміт страхової суми опцією «Невідкладна стоматологія» 1000 гривень
Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану. Склад опції: - огляд та консультація лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - ліквідація гострого зубного болю; - анестезіологічна допомога; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видалені зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини; - зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями; - лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби); - видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит; - кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.

5. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ	
5.1.Забезпечення фітопрепаратами, пробіотиками, гормонами, гепатопротекторами, вітамінами, хондопротекторами, дієтичними добавками	один курс до 30 днів в ліміті 750 грн на період дії Договору
5.2.Медикаментозна профілактика комп'ютерного синдрому ()	один курс лікування до 30 днів на період дії Договору
5.3. Фізіотерапевтичні процедури (реабілітаційні) з метою лікування основного захворювання)	5 занять в ліміті 1500,00
5.4.Вакцинація від грипу (1 раз на період дії Договору)	1 раз на період дії Договору
5.5.Неврахування Страховиком виключень та обмежень згідно додатку 3 Договору при зверненні Застрахованої особи по випадку та наміром використати дану опцію («Корпоративний ліміт»)	амбулаторна допомога 2 000 грн, стаціонарна допомога – 5 000 грн. на період дії Договору

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління

Г.Л. Крамер

ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

1. **Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу отримання медичної допомоги та страхова виплата не здійснюється, якщо:**

1.1. медична допомога не передбачена цим Договором, Програмою страхування, не була узгоджена із Страховиком (окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги);

1.2. медична допомога надана поза межами місця дії Договору страхування;

1.3. медична допомога була отримана Застрахованою особою до початку або після закінчення строку дії Договору (періоду страхування);

1.4. медична допомога не була призначена лікарем або була отримана Застрахованою особою за власним бажанням;

1.5. стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує медичної допомоги, є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (членоушкодження), за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законом порядку;

1.6. стан здоров'я, що потребує медичної допомоги, був відомий Застрахованій особі до укладення цього Договору, але про це вона не повідомила Страховика при укладанні Договору;

1.7. захворювань, які пов’язані з інвалідністю Застрахованої особи будь-якої групи;

1.8. Застрахована особа відмовилась від призначеного лікування, порушила приписи та рекомендації медичного персоналу, режиму медичного закладу;

1.9. Застрахована або інша особа знаходилась в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп’яніння, або не мала прав керування відповідним транспортним засобом, керування будь-яким засобом для польоту або участі у здійсненні польоту в якості члену екіпажу літака чи іншого засобу для польоту, призвели до настання страхового випадку;

1.10. стан здоров’я став наслідком занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, авіа-, авто-, мотоспортом, кінним, парашутним спортом, підводним плаванням, пірнанням, дельтапланеризмом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту);

1.11. випадок стався внаслідок форс-мажорних обставин згідно умов Договору;

1.12. звернення Застрахованої особи до медичного закладу пов’язане з захворюванням, по якому перевищено встановлений епідемічний поріг.

1.13. звернення Застрахованої особи до медичного закладу пов’язане з захворюванням, із спалахом якого введено на території України (її окремій території) режим надзвичайної ситуації.

2. **Не є страховим випадком, Страховик не забезпечує надання та оплату допомоги, якщо звернення Застрахованої особи відноситься до:**

2.1. планового стаціонарного лікування;

2.2. проведення планових хірургічних втручань, в тому числі аорто-коронарного шунтування (стентування), трансплантації органів, видалення металоконструкцій, операцій по зміну статі, лазерної коагуляції сітківки ока, косметичні операції, реконструктивні операції, літотріпсія, планового лікування пошкоджених менісків;

2.3. герніопластики, ринопластики, септопластики, вазопластики, венектомії тощо;

2.4. лікування хронічних хвороб поза загостренням (ускладненням);

2.5. захворювань, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій при оголошенні епідемії, введені комплексу карантинних заходів;

2.6. штучного переривання вагітності, за винятком випадків переривання вагітності за медичними показами;

2.7. наступних захворювань (діагнози, нозологічні форми за МКХ-10):

A00 – A03 окремі кишкові інфекційні хвороби;

A15 - A19 туберкульоз;

A30-A49 - деякі зоонозні бактеріальні хвороби та інфекції, окрім A36 дифтерія, A37 коклюш, A39 менінгіт, A40 стептококовий сепсис, A46 бешиха;

A50-A79 інфекційні хвороби, передані статевим шляхом, спричинені спіротехами і хламідіями, окрім A69.2. хвороба Лайма;

A80-A99 вірусні інфекційні хвороби центральної нервової системи, окрім A84 енцефаліт;

B03-B09, B16-B19 вірусні гепатити, окрім гепатиту А;

B20-B24 хвороб, зумовлених СНІДом;

B35-B49, B50-84 мікози, протозойні хвороби;

B85-B89, B90-B94 педикульоз, акаріаз, інші паразитарні хвороби;

B99 – інші інфекційні хвороби;

C00-C97 злоякісні новоутворення;

D00-D09 новоутворення in situ;

D10-D48, B50-D61, D63-64, D80-D89 доброякісні новоутворення;

E00-E07, E10-E14, E25 хвороби щитоподібної залози;

E28-E35 дисфункції статевого характеру;

E40-E46, E50-E68 загальна недостатність харчування;

F00-F99 розлади психіки;

G00-G99, хвороби нервової системи, окрім G00 бактеріальний менінгіт, G08 внутрішньочерепний або внутрішньохребетний флебіт та тромбофлебіт, G41 епілептичний стан, G44 інші синдроми головного болю (крім G44.3, G44.4), G45 синдром вертебробязилярної артеріальної системи, G50- G59 розлади нервів, нервових корінців та сплетінь, G93.6 набряк мозку;

H00-H59 хвороби ока та придаткового апарату, окрім H00-H01, H04.0, H05.0 гостре запалення очниці, H10 конюктивіт, H11.3 конюктивальний крововилив, H46 неврит зорового нерва, H57.0 очний біль, H15.1. епісклерит, H 31.3 крововиливи та розриви судинної оболонки ока;

Н60-Н95 хвороби ока та соскоподібного відростка, окрім Н60.0, Н60.3, Н60.5, Н65, Н66, Н68 абсцес зовнішнього вуха, отити, Н68.0 сальпінгіт (запалення) євстахієвої труби, Н70.0 гострий мастоїдит, Н73.0 гострий мірінгіт, Н83.0 лабіринтит, Н92 оталгія та виділення (вилив) з вуха, Н70.1-Н73.1 загострення хронічного масоїдиту і мірінгіту;

І00-І20, І24-І25, І31, І34-І39 , І50-І59, І65-І70, І73-І79, І 83-І86, І95 ревматизм, інші хвороби кровообігу;

J30-J38 (окрім J32, J34.0, J36), J41-J47 (окрім J41.2, J42.3), J60-J70, J80-J84, J90-J99 (окрім J93), хронічний риніт та ларингіт, інші хвороби дихання;

К00-К14 порушення розвитку зубів, окрім К11.2, К11.3, К12.2;

К23, К29.2, К44(окрім К40.2, К40.9, К41.2, К41.9, К42.9, К43.9, К44.9), К38, К46, К55-К64 (окрім К55.0, К56, К57.0, К57.2, К57.4, К57.8, К61, К62.5, К62.6, К63.0, К63.1, К63.3), К58, К63.8, К62-К67 (К66.1), К70-К77, К80-К87 (окрім К80.0, К80.3, К80.4, К81.0, К85, К83.4), К90-К93 (окрім К92.0, К92.1, К92.3) хвороба Крона, синдром подразненого кишківника, дисбактеріоз, інші хвороби травлення;

L00-L08 (окрім L02), L21-L45 (окрім L23-24), L51-L59, L60-L75 (окрім L60.0, L71, L73.2), L80-L99 дерматити, екземи, папулосквамозні порушення, інші хвороби шкіри;

М01-М03, М05-М25 (окрім М25.0, М25.4, М25.5), М30-М36, М40-М49 (окрім М42.1, М46, М47.0), М50-М54 (окрім М50.0, М50.1, М51.0, М51.1., М 53.0), М61-М63 (окрім М62.2), М65-М68, М70-99 (окрім М71.0, М71.1, М75, М76, М77, М86) подагра, інші порушення кістково-мязової системи;

N02-N16 (окрім N10, N15.1, N11), N18-N19 гематугія, N25-N29 (окрім N28.0), N30-N51 (окрім N30.0, N30.3, N30.8, N30.9, N34, N41.0, N41.2, N42.1, N44, N45, N45), N60-N64 (окрім N61, N64.4), N70-N77(окрім N70.0-N70.3, N71.0, N72, N73.0, N73.3, N75.1, N 76.0- N76.4), N80-N99 (окрім N83.5, N83.6, N92.3, N92.4, N92.8, N95.0 хронічна ниркова недостатність, інші хвороби;

О00-О99 ускладнення вагітності, пологів, окрім О60 передчасних пологів, О00 позаматкової вагітності; О15 еклампсії, О02.1, О03.4;

Р00-Р96 окремі стани дитини у перенатальному періоді;

R00-R99 симптоми, не класифіковані у інших рубриках, окрім R04-R06, R10-R12, R30, R42, R50-R51, R56-R57;

Т18.5, Т19, Т36-Т98, окрім Т52-Т54, Т58-Т63, Т67-Т70, Т75.0, Т75.4, Т78.0, Т78.3-Т78.4, Т79, Т88.2, Т88.5, Т88.6;

V01-Y98 зовнішні причини захворюваності;

Q00-Q99 природні вади розвитку;

2.8. лікування ускладнень, пов'язаних із протезами, трансплантами, реплантацією, ампутацією (Т82-Т88), віддаленими наслідками травм (Т90-Т98);

2.9. обстежень, що не мають діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування, профілактичного огляду (Z00-Z99), або відносяться для встановлення діагнозів, які є у виключеннях;

2.10. перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду;

2.11. лікування захворювань, що перебувають у стадії декомпенсації, пов'язані із побічною дією лікарських засобів, в тому числі при участі Застрахованої особи у клінічних випробуваннях лікарських засобів;

2.12. лікування захворювань, протягом одного та кожного страхового випадку, більше **30 (тридцяти) календарних днів** з дати початку лікування в межах страхової суми (ліміту страхової суми), а при артрозах, остеохондрозах, загострення гіпертонічної хвороби(криз), варикозного розширення вен нижніх кінцівок з виразкою та/або запаленням, диспепсії, простатиту, ГРВІ більше **14 (чотирнадцяти) календарних днів**;

2.13. лікування більше двох випадків загострень одного та кожного хронічного захворювання в амбулаторно-поліклінічних умовах (денного стаціонару) або одного курсу стаціонарного лікування протягом строку дії Договору.

3. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачено Програмою страхування:

3.1. лабораторні та інструментальні обстеження за профілем захворювання, в т.ч. КТ та МРТ в умовах амбулаторно-поліклінічного лікування;

3.2. аналізи та діагностику, що не є обов'язковими для встановлення діагнозу згідно діючих протоколів лікування медичного закладу (міжнародних стандартів надання медичної допомоги на засадах доказової медицини);

3.3. проведення діагностичних і лікувальних послуг, що забезпечуються за державними програмами;

3.4. проведення ІФА-, ПЛР-тестів;

3.5. вартість гомеопатичних препаратів вітчизняного та закордонного виробництва, що оформлені, як медичні препарати та є в продажу в аптечних мережах, гепатопротектори, в тому числі як засіб лікування при супутній патології шлунково-кишкового тракту, **пробіотики, еубіотики, хондропротектори, гормональні препарати**, в тому числі спіралей, (окрім лікування алергічних захворювань, остеохондрозу), імуномодулятори, противірусні препарати (окрім лікування вірусу герпес, вітряної віспи), ноотропи, хіміотерапевтичні препарати, фітопрепарати, БАДи, бісфосфонати, бактеріофаги, протигрибкові препарати, комплексні вітамінні препарати, простагландини, ензими загальної дії, метаболіки, психостимулюючі засоби, препарати для інгаляцій;

3.6. допомоги, яка суперечить міжнародним клінічним протоколам відповідно до Наказу МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., які розміщені на сайті: http://guidelines.moz.gov.ua/ або за чинними Протоколами і стандартами надання медичної допомоги, розміщених на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» mtd.dec.gov.ua;

3.7. двох і більше препаратів з однієї фармакотерапевтичної групи (http://mozdocs.kiev.ua) при амбулаторно-поліклінічній допомозі, розрахованих не більше курсу призначеного лікування;

3.8. вартість препаратів (їх аналогів), виробів медичного призначення наявних на день звернення у медичному закладі відповідно до даних сайту https://eliky.in.ua або даних іншого офіційного сайту на якому розміщено інформацію щодо стану забезпечення, наявних залишків лікарських засобів згідно Наказу МОЗ від 2 червня 2016 року N 509 (зі змінами), розпоряджень обласних державних адміністрацій;

3.9. вартість медикаментозного забезпечення при плановій госпіталізації;

3.10. вартість придбання (прокат) допоміжних засобів: окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок придбання імплантів, кардіостимуляторів, стентів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, комірця Шанца, бандажу, металоконструкцій, фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, милиць, інвалідних візків, фіксуючих пластин та гвинтів, а також килових систем (поліпропіленових сіток), небулайзерів тощо;

3.11. витрати, пов'язані з наданням послуг/препаратів, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять у призначене лікарем лікування;

3.12. забезпечення лікарськими засобами, що не зареєстровані в Україні або забезпечуються за державними програмами;

3.13. профілактичні, гігієнічні, косметичні процедури та засоби;

3.14. корекцію ваги, профілактику целюліту;

3.15.лікувально-оздоровчі заходи і санаторно-курортне лікування, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

3.16. самолікування (без погодження Представником страховика через службу підтримки), у т.ч. придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів без призначення лікарем, медичного устаткування, перев'язних матеріалів, отримання медичних послуг в закладах не зазначених в цьому Договорі;

3.17. послуги акупунктури, гірудотерапії, ароматерапії, гіпнозу, іридодіагностику, психоаналізу, біоенергетичні методи, інші нетрадиційні методи діагностики та лікування;

3.18. консультації психолога, психотерапевта, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога (в т.ч імунограма, інші методи діагностики та лікування імунної системи, рефлексотерапія, апітерапія, озонотерапія, плазмофільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, аурикулотермопунктура, електропунктура, пульсова діагностика та лікування тощо);

3.19. експериментальне або науково-дослідне лікування;

3.20. придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплата донорів;

3.21. проведення щеплень, в тому числі антирабічних профілактичних заходів;

3.22. надання стоматологічної допомоги;

3.23. кошти, сплачені як благодійна допомога, добровільні пожертви, внески до благодійних фондів чи лікарень, моральну шкоду.

3.24.Договором можуть бути визначені інші виключення та обмеження.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління

Крамер Г.Л.

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
СТРАХОВА КОМПАНІЯ
«Місто»
Ідент. код
33295475
УКРАЇНА * м. ВІННИЦЯ

Перелік медичних закладів

Перелік медичних закладів Асистансу розміщено за посиланням: https://ic-misto.com.ua/medical.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління
Крамер Г.Л.

Додаток №5 до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (приєднання). Оферта №108/000267 від 12.02.2021 р.

Декларація про стан здоров'я застрахованої особи

Просимо надати відповіді на питання та надіслати на електронну пошту

mi@ic-misto.com.ua

Страховик гарантує зберігання у таємниці всіх вказаних у цій Декларації відомостей стосовно стану Вашого здоров'я. Страховик має право задати уточнюючі питання по Декларації, надіслати запити до медичних закладів. Рішення про прийняття Застрахованої особи на страхування здійснюється тільки після отримання результатів діагностики та розрахунку ризиків.

Прізвище **Ім'я** **По-батькові** **Дата народження**

_____

Місце роботи, посада

Зріст _____ см Вага _____ кг Артеріальний тиск ___/___ мм. рт. ст . Окружність талії ____ см

Паління : ☐ не палю взагалі ☐ спалюю цигарок (за день) _____ штук (орієнтовно)

Алкоголь: ☐ не вживаю взагалі ☐ вживаю за тиждень (орієнтовно)

пиво _____ л вино _____ л міцні напої _____ л

Домашня адреса **Телефон**

Паспортні дані **Ідентифікаційний код**

1	Чи маєте Ви групу інвалідності або ознаки стійкої непрацездатності?	ТАК ☐	НІ ☐
2	Чи діагностовано у Вас або родичам І лінії онкологічне захворювання протягом останніх п'яти років?	ТАК ☐	НІ ☐
3	Чи знаходитесь Ви на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, ендокринному чи інших спеціалізованих диспансерах або Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом?	ТАК ☐	НІ ☐
4	Чи займаєтесь активними видами спорту?	ТАК ☐	НІ ☐
5	Чи мали в минулому наступні діагнози: інфаркт міокарда, інсульт, туберкульоз?	ТАК ☐	НІ ☐
6	Чи хворієте на тромбоз/тромбофлебіт?	ТАК ☐	НІ ☐
7	Чи хто-небудь із членів Вашої сім'ї має цукровий діабет І чи 2 типу?	ТАК ☐	НІ ☐
8	Чи проводилась Вам трансплантація органів/кісткового мозку/стовбурових клітин?	ТАК ☐	НІ ☐
9	Чи маєте Ви вроджені/набуті вади розвитку?	ТАК ☐	НІ ☐
10	Чи маєте Ви хронічні хвороби?	ТАК ☐	НІ ☐
11	Чи назначено Вам приймати ліки на регулярній основі?	ТАК ☐	НІ ☐
12	Вкажіть Вашого сімейного лікаря або медзаклад, у який найчастіше звертаєтесь: П.І.Б. лікаря / назва медзакладу _____ Адреса _____ тел.: _____		

Я заявляю, що наведена у цій Декларації інформація є вичерпною та вірною.

Я розумію, що ці дані можуть мати вирішальне значення при укладенні договору страхування або проведення виплати.

Я надаю дозвіл за запитом Страховика медичним закладам надавати інформацію про стан мого здоров'я, в тому числі яка становить лікарську таємницю.

Я повідомлена (ий) про наслідки надання недостовірних даних у цій Декларації під час укладання договору страхування, а саме звільнення Страховика від відповідальності за таким договором.

Застрахованою особою бути згоден(а), з правилами та умовами страхування ознайомлений(на).

_____ *підпис Застрахованої особи, дата*_____

ПІДПИС СТРАХОВИКА
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління

Г.Л. Крамер

_____

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «Місто» Ідент. код 33295475 УКРАЇНА м. ВІННИЦЯ