



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

0 800 21 11 18

Служба підтримки
дзвінки зі стаціонарних та мобільних
телефонів безкоштовні в межах України

ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я), ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ ТА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (ПРИЄДНАННЯ) ОФЕРТА №133/000001

Місце укладання м. Вінниця

01 березня 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), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання).

Цей Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання (надалі – Договір або Договір страхування)) укладено відповідно до Закону України «Про страхування» на підставі ліцензії Страховика серія АВ № 584179, серія АВ № 584175 виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 25.05.2011 року, серія АЕ № 198792, виданої Нацкомфінпослуг 14.06.2013 р. на умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 21.05.2013р., реєстраційний №0613149 (зі змінами), Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованих Нацкомфінпослуг 10.01.2013 р., № 0413007 (зі змінами), Правил добровільного страхування від нещасних випадків. Нова редакція, зареєстрованих Нацкомфінпослуг 15.05.2014 р., реєстраційний номер 0214160 (зі змінами (надалі – Правила)).

1. СТОРОНИ ДОГОВОРУ

1.1. СТРАХОВИК

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто» в особі в.о. Голови Правління Федина Юлії Володимирівни, яка 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, шляхом здійснення акцепту через інформаційно-телекомунікаційну систему (надалі – «ІТС»), у відповідності до Закону України «Про електронну комерцію» або 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/Електронному полісі, 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 згідно Договору визначено медичний або інший заклад, який надав послуги Застрахованій особі згідно договору про співробітництво зі Страховиком, та/або постачальник (и) лікарських засобів та виробів медичного призначення, та/або Застрахована особа у разі самостійної оплати медичних послуг на умовах передбачених Договором. У разі, якщо Застрахована особа на момент подання документів або отримання виплати є недієздатною або померла – Вигодонабувач визначається згідно чинного законодавства.

2. ТЕРМІНОЛОГІЯ

2.1. Амбулаторно-поліклінічна допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі у Медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: <https://ic-misto.com.ua/medical>, або в закладі погодженому Страховиком/Представником Страховика без потреби перебування в цілодобовому стаціонарі.

2.2. Базовий заклад – медичний заклад визначений Страховиком у Договорі страхування, 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.

2.3. Валідація договору страхування – встановлення чинності Договору страхування відносно Застрахованої особи в момент звернення. При валідації Служба підтримки визначає Програму страхування Застрахованої особи та інші умови Договору.

2.4. **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.

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

2.6. **Вигодонабувач** - медичний або інший заклад, який надав послуги Застрахованій особі згідно договору про співробітництво зі Страховиком, та/або постачальник (и) лікарських засобів та виробів медичного призначення, та/або Страхувальник/Застрахована особа у разі самостійної оплати медичних послуг на умовах передбачених цим Договором, та/або фізична особа визначена в Заяві-приєднання/Електронному полісі.

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

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

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

2.10. **Декомпенсація** – ця базисна підтримуюча терапія, яка характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотними і потребують регулярного лікування.

2.11. **Денний стаціонар** – вид амбулаторно-поліклінічної допомоги, який може надаватися медичним закладом за наявності відкритого лікарняного (за наявності). Страховиком забезпечується покриття витрат при наявності відповідного висновку медико-страхової експертизи.

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 Страхувальнику або Застрахованій особі, 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 (вади серця, ревматизм, хронічна недостатність IIВ), гепатиту В,С, цукрового діабет, цироз печінки, ниркову недостатність, СНІД або пов'язані зі СНІДом хворобами; доброякісні новоутворення головного мозку, перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, мають групу інвалідності, якщо інше не передбачено Договором страхування.

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. **Загострення хронічного захворювання** - посилення патологічних проявів наявного захворювання (без виникнення нового захворювання), яке має характерні симптоми і потребує негайної медичної допомоги.

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

2.18. **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.

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

2.20. **Мала операція** – операції класифіковані відповідно до Тимчасового галузевого класифікатору медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2007 року № 67, проведення яких супроводжується мінімумом операційних та післяопераційних ускладнень, тривають не більше однієї години, застосовують місцеву анестезійну допомогу (первинна хірургічна обробка, розкриття гнійників різних локалізацій, гемороїдектомії, розкриття парапроктиту, пластичні операції), травматологічні (вправлення вивихів, репозиції відламків, артроскопії), гінекологічні (лікувальні вишкрібання порожнини матки, видалення поліпів, гістероскопії), урологічні (нефро, уретеро, цистолітотрипсії, хромоцистоскопії, катетеризації сечоводів та літоекстракції, транскутанні катетеризації), оториноларингологічні та стоматологічні операції. Рішення щодо віднесення наданої медичної допомоги до малої операції приймає Страховик на основі висновку медико-страхової експертизи.

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

2.22. **Медична послуга** – різновид медичної допомоги, яка надається на підставі договорних відносин медичним закладом та передбачає право отримання виконавцем оплати за надані послуги.

2.23. **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.

2.24. **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.

2.25. **Медико-страхова експертиза** – висновок (заключення) залученого кваліфікованого фахівця(ів), в т.ч. через можливості телемедицини, з метою підтвердження діагнозу, встановлення потреби проведення термінового оперативного втручання або госпіталізації для Застрахованої особи із визначення обсягу покриття витрат на лікування відповідно до умов Договору страхування. Висновки медико-страхової експертизи мають довідковий характер при наданні медичної допомоги Застрахованій особі, але використовуються Страховиком при прийнятті рішення про страхову виплату чи відмову у виплаті (направленні). Висновки медико-страхової експертизи можуть бути оскаржені Застрахованою особою/медичним закладом згідно чинного законодавства.

2.26. **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°C, судом, 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.)

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

2.28. **Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачена та не залежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія (у тому числі протиправні дії третіх осіб), що фактично відбулась і призвела до смерті, тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, а саме: травматичні ушкодження тканин і органів організму з порушенням їхньої цілісності та функцій, деформацією або порушенням опорно-рухового апарату, спричиненими зовнішнім впливом (травми); поранення; анафілактичний шок; асфіксія внаслідок випадкового потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла або рідини; утоплення; ураження блискавкою, електричним струмом; тепловий удар; опіки (крім сонячних); обмороження; перегрівання; переохолодження; укуси тварин, комах, змій і т. ін.; випадкове отруєння газами, промисловими та побутовими хімічними речовинами, отруйними рослинами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком інфекційних хвороб); задушення; травми, отримані у процесі руху транспортних засобів в результаті їх аварії, при користуванні машинами, інструментами, механізмами, знаряддями праці; захворювання на сказ, правець, ботулізм, малярію, кліщовий енцефаліт, поліомієліт, гематогенний остеомієліт; інші раптові, випадкові, короткочасні, непередбачені та незалежні від волі Застрахованої особи, наслідками яких є розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи.

2.29. **Нозологія (хвороба, захворювання)** – (від грецького νόσος – хвороба та ..логія; буквально – вчення про хворобу) - станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

2.30. **Норматив на ведення справи** – норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 30% від страхового платежу.

2.31. **Термінове оперативне втручання** - хірургічна операція, яка має термінові показники, та застосовується вперше з приводу даного захворювання. Термінове оперативне втручання не покриває діагностичний чи плановий різновид операцій. Страховиком забезпечується покриття витрат при наявності відповідного висновку медико-страхової експертизи.

2.32. **Період очікування (каренція)** – 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.

2.33. **Планова стаціонарна допомога (планове лікування захворювання)** – надання стаціонарної медичної допомоги за письмовим 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) протягом перших 48 годин з моменту встановлення симптомів/показів. Страховиком забезпечується покриття витрат при наявності відповідного висновку медико-страхової експертизи.

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

2.35. **Представник Страховика** – юридична особа або фізична особа, яка за дорученням та/або за рахунок коштів Страховика при настанні страхового випадку організовує, контролює надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, а також здійснює взаємодію із службою підтримки Страховика. До представників страховика також відносять лікарів-експертів, яких залучають за договорами дорученнями для проведення медико-страхової експертизи страхових випадків.

2.36. **Програма страхування** – перелік медичних послуг, що надаються Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування. Програма страхування є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

2.37. **Сервісна картка** – індивідуальна картка виготовлена з пластику формату А7-А8, що видається Застрахованій особі та містить довідкову інформацію: порядковий номер, контакти Страховика, іншу інформацію.

2.38. **Служба підтримки** – підрозділ Страховика/Представник Страховика, який надає послуги цілодобової телефонної підтримки Застрахованих осіб з метою подальшої організації допомоги.

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

2.40. **Стаціонарна допомога (госпіталізація)** – вид медичної допомоги, яка передбачає цілодобове спостереження медичним персоналом медичного закладу за станом Застрахованої особи. При стаціонарній госпіталізації в медичній документації хворого вказується «Госпіталізований за терміновими показниками». Страховиком забезпечується покриття витрат при наявності відповідного висновку медико-страхової експертизи.

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

2.42. **Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику на розрахунковий рахунок згідно умов Договору страхування.

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

2.44. **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.

2.45. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини. До страхового випадку відносять захворювання, які не є у виключеннях, а також їх ускладнення.

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

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

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

2.49. **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.

2.50. **Ускладнення захворювання** – новий медичний стан особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане з основним захворюванням та безпосередньою причиною його виникнення є захворювання, що вже існувало і не вважається новим страховим випадком.

2.51. **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 характеризуються відсутністю потреби надання негайної допомоги.

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 <http://ic-misto.com.ua/dogovori-oferti>. Оферта набирає чинності з **01 березня 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> 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 (його частини) на поточний рахунок Страховика, а також вчинення Страхувальником хоча б однієї з наступних дій:

- заповнення та підписання письмової Заяви-приєднання, зразок якої міститься в Додатку № 1 до Договору;
- проставлення відмітки у відповідному полі на сайті Страховика «Я ознайомився з УМОВАМИ ДОГОВОРУ та приймаю їх» та підписання Електронного полісу одноразовим ідентифікатором.

Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування (прийняття) умов Оферти в електронній формі шляхом вибору умов страхування та підписати її шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначеним Законом України «Про електронну комерцію».

Для укладення Договору в електронній формі, Страхувальник повинен зайти на веб-сторінку Страховика, обрати бажані умови, зазначити інформацію про себе та Застрахованих осіб, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, іншу інформацію, необхідну для укладення договору, а також обов'язково ознайомитись з умовами цієї Оферти, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних та отримання згоди на страхування від Застрахованих осіб.

Відповідно до обраного Страхувальником періоду страхування та зазначених ним даних формується Електронний поліс (акцепт). Акцепт складається в електронній формі за зразком, встановленим Страховиком. Електронний поліс містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування. Електронний поліс підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

Для підписання Електронного полісу одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону. Перед підписанням Електронного полісу Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обраний період страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Електронного полісу електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у відповідному полі веб-сторінки на веб-сайті Страховика в мережі «Internet» та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до полісу.

Сторони приймають на себе зобов'язання за необхідності відтворити Договір (Електронний поліс) на паперовому носії. На письмову вимогу однієї Сторони Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки (за наявності). При відтворенні на папері Договору Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

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/Електронного полісу 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 її 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.

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

4.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі за згодою Застрахованої особи.

4.2. Застрахованими особами по цьому Договору можуть бути особи віком від **6 років до 65 років** включно. Якщо Страхувальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Страхова сума за цим Договором встановлюється в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування та вказується в Заяві-приєднання, Електронному полісі та в Додатку №2 даного Договору.

6. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

6.1. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами в строк визначений в Заяві-приєднання / Електронному полісі.

6.2. Страховий платіж сплачуються Страхувальником на поточний рахунок Страховика.

7. СТРОК ТА УМОВИ ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Строк дії Договору становить **365 календарних днів** починаючи з дня набрання ним чинності.

7.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу в повному обсязі або його першої частини (якщо Договором передбачена сплата платежу частинами) на поточний рахунок Страховика.

7.3. Договором страхування передбачений період очікування (період 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):

- за опцією добровільне медичне страхування - **14 (чотирнадцять) днів** з дати набрання чинності Договором;
- за опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби – **90 (дев'яносто) днів** з дати набрання чинності Договором.

7.4. Період очікування не застосовується при наступній пролонгації дії Договору за умови дотримання безперервності дії Договору.

8. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. 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).

8.2. Страховий захист діє цілодобово.

9. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

9.1. За опцією добровільне медичне страхування:

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

9.1.2. Страховим випадком визначається:

9.1.2.1. 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;

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

9.1.2.3. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору за отриманням медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) 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.

9.1.3. 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 наведена в **Додатку №2** Договору.

9.1.4. Перелік медичних закладів, надавачів допомоги, зазначається на сайті Страховика за посиланням <https://ic-misto.com.ua/medical>.

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

9.2. За опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби:

9.2.1 Страховим ризиком є тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (захворювання), вказаної в **Додатку №4** цього Договору.

9.2.2. Страховим випадком визнаються наслідки вперше діагностованого захворювання Застрахованої особи, підтвердженого документами компетентних установ (медичними закладами та ін.) у встановленому законодавством порядку, а саме: **тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби (захворювання), вказаної в Додатку №4 Договору у зв'язку з необхідністю стаціонарного лікування при умові проходження стаціонарного лікування**.

9.3. За опцією добровільне страхування від нещасних випадків:

9.3.1. Страховим ризиком є **тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку у зв'язку з отриманням травм, передбачених «Таблицею страхових виплат при тілесних ушкодженнях» (Додаток 2 до Правил)**.

9.3.2. Страховим випадком визнається подія передбачена п. 9.3.1. Договору, якщо така подія є наслідком нещасного випадку, що мав місце протягом строку дії Договору страхування, та яка підтверджена документами, виданими компетентними установами (медичними закладами, правоохоронними установами, судом та ін.) у встановленому законодавством порядку, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

10. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування викладено в **Додатку №3** цього Договору.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

11.1. За опцією добровільне медичне страхування:

11.1.1. У разі виникнення потреби в отриманні медичної допомоги Застрахована особа/її уповноважена особа зобов'язана перед зверненням до медичного закладу зателефонувати за номером телефону **0 800 21 11 18** (дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України) до Страховика/Представника Страховика для погодження порядку отримання послуг відповідно до Програми страхування.

11.1.2. Страховик починає надання послуг з організації медичного обслуговування після валідації (встановлення чинності Договору страхування) Застрахованої особи в базі даних Служби підтримки.

11.1.3. Застрахованій особі надається медична допомога в медичних закладах, що зазначені на сайті Страховика: <https://ic-misto.com.ua/medical>.

11.1.4. 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 через Службу підтримки. 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.

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

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

11.1.5.1.1. 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 станів, які загрожують життю та здоров'ю людини, або відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI.

11.1.5.1.2. 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.11.1.1. повідомити Страховику наступну інформацію:

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

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

11.1.6. При станах, які потребують амбулаторної допомоги, окрім станів визначених в п. 11.1.7. Договору:

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

11.1.6.2. Представник Страховика організовує/скеровує на консультації до лікарів вузькопрофільної спеціалізації, на проведення інструментально-лабораторних досліджень, діагностичного обстеження виключно за наявності письмового 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>.

11.1.6.3. Представник Страховика організовує доставку медичних препаратів, виклик лікаря на домашню адресу Застрахованої особи або адресу Страхуваника 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.

11.1.6.4. 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 узгодженим переліком медикаментів із урахуванням обмежень згідно Договору страхування.

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

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 Застрахованій особі 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.

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>.

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.

11.1.8. При станах, які потребують стаціонарної допомоги:

11.1.8.1. 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).

11.1.8.2. 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>.

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

11.1.8.4. 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.

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

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

11.1.9.2. 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.

11.1.9.3. 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**.

11.2. За опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби:

11.2.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку Застрахованій особі (Вигодонабувачу) необхідно:

11.2.1.1. Звернутися за допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту та ін.) або інших компетентних установ (відповідно до характеру події) та дотримуватись рекомендацій лікаря чи представників компетентних установ.

11.2.1.2. Протягом **3 (трьох) робочих днів** з моменту настання події будь-яким способом, який надасть можливість зафіксувати повідомлення (письмово, по телефону (**0 800 211 118**), факсимільним повідомленням, електронною поштою), сповістити Страховика.

11.2.1.3. Надати Страховику всі необхідні документи, передбачені п. 13.2. Договору.

11.2.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником та/або Застрахованою особою Страховика про настання страхового випадку відповідно до п. 11.2.1.2. цього Договору без поважних на це причин, надає останньому право відмовити у страховій виплаті.

11.3. За опцією добровільне страхування від нещасних випадків:

11.3.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку Застрахованій особі (Вигодонабувачу) необхідно:

11.3.1.1. Звернутися за допомогою до медичного закладу (лікарні, травмпункту та ін.) або інших компетентних установ (відповідно до характеру події) та дотримуватись рекомендацій лікаря чи представників компетентних установ.

11.3.1.2. Протягом **3 (трьох) робочих днів** з моменту настання події будь-яким способом, який надасть можливість зафіксувати повідомлення (письмово, по телефону (**0 800 211 118**), факсимільним повідомленням, електронною поштою), сповістити Страховика.

11.3.1.3. Надати Страховику всі необхідні документи, передбачені п. 13.3. Договору.

11.3.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником та/або Застрахованою особою Страховика про настання страхового випадку відповідно до п. 11.3.1.2. цього Договору без поважних на це причин, надає останньому право відмовити у страховій виплаті.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. За опцією добровільне медичне страхування:

12.1.1. **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. Страховик здійснює страхову виплату за медичні послуги, що були надані Застрахованій особі не більше ніж протягом **30 календарних днів з дати початку лікування**.

12.1.2. У випадку **самостійної оплати Застрахованою особою**, медичних послуг, за умови попереднього узгодження витрат із Страховиком, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі/Вигодонабувачу, на підставі заяви на отримання страхової виплати та документів, зазначених у п. 13.1. Договору.

12.1.3. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** після отримання всіх вказаних у п. 13.1 цього Договору документів.

12.1.4. 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 п.13.1. цього Договору документів.

12.1.5. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати отримання всіх необхідних документів.

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

12.1.6.1. **Медичний заклад**, що надавав Застрахованій особі передбачену цим Договором медичну допомогу, та/або постачальник (и) лікарських засобів та виробів медичного призначення.

12.1.6.2. **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.

12.1.6.3. **Застрахована особа** (Вигодонабувач), яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку, дотримуючись умов цього Договору, самостійно оплатила вартість наданої їй медичної допомоги.

12.1.7. Загальна сума страхової виплати у випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг не може перевищувати суму вартості аналогічних медичних послуг (препаратів) наявних у Базовому закладі, визначеному на сайті Страховика: ic-misto.com.ua/medical, якщо інше не погоджено із Страховиком / Представником Страховика при настанні страхового випадку.

12.1.8. 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.

12.1.9. У випадку смерті Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється спадкоємцям за законом.

12.1.10. Страхова виплата здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття рішення про виплату та затвердження страхового акта.

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

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

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

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

12.1.14. 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 Договорі.

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

12.1.16. 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. 12.1.11. Договору.

12.2. За опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби:

12.2.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком Застрахованій особі/Вигодонабувачу у розмірах, визначених в **Додатку №4 «Перелік захворювань та розмір страхових виплат за даними захворюваннями».**

12.2.2. Страхова виплата за однаковим захворюванням здійснюється Страховиком не більше одного разу протягом строку дії Договору.

12.2.3. Страхова сума зменшується на розмір страхових виплат, здійснених Страховиком протягом строку дії Договору.

12.2.4. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** після отримання всіх вказаних у п. 13.2. цього Договору документів.

12.2.5. 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 п. 13.2. цього Договору документів.

12.2.6. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати отримання всіх необхідних документів.

12.2.7. Страхова виплата здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття рішення про виплату та затвердження страхового акта.

12.3. За опцією добровільне страхування від нещасних випадків:

12.3.1. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу одноразово у розмірі відповідного відсотка страхової суми, визначеної відповідно до **«Таблиці розмірів страхових виплат при тілесних ушкодженнях»** (Додаток 2 до Правил).

12.3.2. Сторони погодили, що у разі тимчасової втрати Застрахованою особою працездатності в результаті нещасного випадку, у зв'язку з отриманням травм, що не передбачені Додатком 2 до Правил, але вимагають стаціонарного та/або амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше ніж 3 дні, страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу одноразово в розмірі 1,5% (півтора відсотка) страхової суми, визначеної за опцією добровільне страхування від нещасних випадків.

12.3.3. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми, становленої Договором за опцією добровільне страхування від нещасних випадків.

12.3.4. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** після отримання всіх вказаних у п. 13.3. цього Договору документів.

12.3.5. 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 п. 13.3. цього Договору документів.

12.3.6. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати отримання всіх необхідних документів.

12.3.7. Страхова виплата здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття рішення про виплату та затвердження страхового акту.

13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

13.1. За опцією добровільне медичне страхування:

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

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

13.1.1.2. Паспорт Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.1.1.3. Довідка про присвоєння ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.1.1.4. 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.

13.1.1.5. Установчі/дозвільні документи від медичного закладу, аптеки: витяг/виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, ліцензія, тощо.

13.1.1.6. 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.

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

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

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

13.1.3. 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.

13.1.4. 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 строки визначені Страховиком.

13.1.5. 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.

13.2. За опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби:

13.2.1. Перелік документів, що мають бути надані Страховику для здійснення страхової виплати:

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

13.2.1.2. Паспорт Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.2.1.3. Довідка про присвоєння ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.2.1.4. 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.

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

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

13.2.4. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Страховику в термін не пізніше **30 календарних днів з дати настання події**. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

13.2.5. 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.

13.2.6. 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.

13.3. За опцією добровільне страхування від нещасних випадків:

13.3.1. Перелік документів, що мають бути надані Страховику для здійснення страхової виплати:

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

13.3.1.2. Паспорт Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.3.1.3. Довідка про присвоєння ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.3.1.4. 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.

13.3.1.5. Довідка з МВС, якщо подія стався внаслідок дорожньо-транспортної пригоди та протиправних дій третіх осіб.

13.3.1.6. 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).

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

13.3.3. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Страховику в термін не пізніше **30 календарних днів з дати настання події**. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

13.3.4. 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.

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

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

14.1.1. 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. Вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

14.1.2. Подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку.

14.1.3. Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку або створення Страховику перешкод у визначенні обставин і вартості наданої медичної допомоги.

14.1.4. Несвоєчасне надання Страховику документів на страхову виплату згідно умов цього Договору.

14.1.5. Отримання медичної допомоги Застрахованою особою без попереднього узгодження з Страховиком, Представником Страховика.

14.1.6. Не подання Застрахованою особою (Вигодонабувачем) оригіналів документів, якщо раніше Страховику було надано електронні копії оригіналів паперових документів та одержав від Страховика вимогу про їх подання.

14.1.7. Невиконання чи неналежне виконання Страхувальником, Застрахованою особою обов'язків визначених цим Договором.

14.1.8. Інші випадки, визначені Додатком №3 та чинним законодавством України.

14.1.9. 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.

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

14.1.11. У випадку відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати Застрахована особа самостійно сплачує вартість отриманих медичних та/або парамедичних послуг медичному закладу, що надавали такі послуги.

15. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

15.1. Страхувальник має право:

15.1.1. Ознайомитись з Правилами та умовами страхування.

15.1.2. Достроково припинити дію Договору на умовах визначених в Розділі 16 Договору.

15.1.3. Запитувати та отримувати інформацію від Страховика про звернення Застрахованих осіб за допомогою до Страховика, суму проведених страхових виплат тощо.

15.1.4. Отримати примірник даного Договору в письмовому вигляді на умовах Договору.

15.1.5. Змінити Програму страхування за умови сплати додаткового страхового платежу.

15.2. Застрахована особа має право:

15.2.1. Скористатися правами Страхувальника, передбаченими цим Договором.

15.2.2. Отримати страхову виплату на умовах цього Договору.

15.2.3. На отримання знижок на медичні, оздоровчі та інші послуги в мережах закладів, що співпрацюють із Страховиком (перелік закладів розміщено на сайті <http://ic-misto.com.ua>).

15.3. Страховик має право:

15.3.1. Достроково припинити дію цього Договору.

15.3.2. Припинити дію Договору стосовно Застрахованої особи, яка надала неправдиву інформацію стосовно стану свого здоров'я в заяві (інформативній згоді) до Договору.

15.3.3. Проводити розслідування страхових випадків, в тому числі при наданні листів непрацездатності.

15.3.4. Вимагати від Страхувальника та Застрахованих осіб виконання умов цього Договору.

15.3.5. Перевіряти повідомлену Страхувальником / Застрахованою особою інформацію.

15.3.6. 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.

15.3.7. 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.

15.3.8. 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.

15.3.9. Проводити незалежну медико-страхову експертизу, перевірку обставин страхового випадку.

15.3.10. Обґрунтовано відмовити у здійсненні страхової виплати згідно із умовами цього Договору.

15.3.11. Здійснити перегляд розміру страхового тарифу односідно у випадку зміни курсу американського долару на 15% від дати укладення Договору.

15.3.12. Збільшити розмір страхового тарифу на підставі відповідної статистики настання страхових випадків для окремої категорії Застрахованих осіб або для окремих Застрахованих осіб, за умови попереднього інформування Страхувальника про такі зміни за 10 календарних днів до дати зміни. Зміна тарифу ґрунтується на основних параметрах, 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.

15.3.13. Зменшити витрати замовлених (отриманих) медичних послуг/медикаментів по випадкам, у разі перевищення рівня вартості таких послуг (медикаментів) на дату звернення, наявних у Базовому медичному закладі (ах), визначеного (их) на сайті Страховика ic-misto.com.ua/medical.

15.3.14. Призупинити дію договору до моменту повного виконання зобов'язань Страхувальником визначених п. 15.4.3. Договору.

15.4. Страхувальник зобов'язаний:

15.4.1. Виконувати умови цього Договору.

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

15.4.3. Своєчасно та в повному обсязі сплатити страховий платіж, обумовлений у цьому Договорі.

15.4.4. Повідомляти Страховика про всі договори добровільного медичного страхування, що діють або укладаються в період дії даного Договору на користь Застрахованих осіб.

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

15.4.6. Надати Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника та фактичного вигодонабувача (при здійсненні 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».

15.4.7. Надати результати Попереджувальної діагностики (за направленням представника Страховика), передбаченої Додатком №2 Договору, не пізніше 30 днів від дати заключення Договору.

15.4.8. Надати Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

15.5. Застрахована особа зобов'язана:

15.5.1. Виконувати умови даного Договору.

15.5.2. Інформувати Страховика, письмово, про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом 2 робочих днів, з моменту, коли йому стали відомі такі обставини.

15.5.3. При необхідності отримання медичних послуг звертатись до Страховика / Представника Страховика в порядку визначеному цим Договором.

15.5.4. Надати Страховику документи необхідні для проведення страхової виплати в строк визначений в цьому Договорі.

15.5.5. При необхідності самостійної сплати вартості отриманих медичних послуг, що координовані або надані медичним закладом, погодити зі Страховиком об'єм та вартість таких послуг до їх оплати.

15.5.6. При зміні адреси місця проживання, контактних телефонів та місця роботи повідомити про це Страховика протягом 10 календарних днів.

15.5.7. Відшкодувати вартість отриманих медичних/парамедичних послуг протягом 10 (десяти) робочих днів, з моменту отримання рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати або з моменту постанови суду про законність такого рішення.

15.5.8. Надати, за необхідності, Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення ідентифікації та вивчення на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення».

15.6. Страховик зобов'язаний:

15.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

15.6.3. 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. 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 затримки.

15.6.4. При настанні страхового випадку забезпечити організацію надання Застрахованій особі кваліфікованої медичної допомоги, за необхідності консультації вузькопрофільних лікарів, обстеження в приватних медичних закладах.

15.6.5. Забезпечувати конфіденційність інформації про Застраховану особу, Страхувальника, Вигодонабувача не розголошувати її за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

16. УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

16.1.1. закінчення терміну дії цього Договору.

16.1.2. Смерті Застрахованої особи з причини, яка не є страховим ризиком за даним Договором (у даному випадку дія Договору припиняється, а страховий платіж не повертається).

16.1.3. Виконання Страховиком зобов'язань за Договором страхування у повному обсязі.

16.1.4. Якщо Застрахованою особою вичерпано Ліміт страхової суми з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначена Програмою страхування.

16.1.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

16.1.6. Ліквідації Страховика в порядку, установленому чинним законодавством.

16.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2. 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 пізніше як за 10 днів до дати припинення дії Договору.

16.3. 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.

16.4. 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.

16.5. Страховик має право в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору (Заяви-приєднання (страхового поліса) / Електронного поліса), 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:

- не подання Страхувальником або Застрахованою особою результатів Попереджувальної діагностики протягом 30 днів з дати заключення Договору.

- одержання результатів Попереджувальної діагностики згідно яких у Застрахованої особи буде виявлено онкологічні хвороби будь-якої локації, тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (вади серця, ревматизм, хронічна недостатність ІІВ тощо), гепатит В,С, цукровий діабет, цироз печінки, ниркову недостатність, СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби; доброякісні новоутворення головного мозку.

У випадку дострокового припинення дії Договору відповідно до п.16.5. 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 виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором.

16.6. 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 офіційному сайті Страховика (<http://ic-misto.com.ua>).

16.7. 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 офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет за адресою: <http://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 судового порядку.

16.8. Зміни до індивідуальної частини Договору, а саме до Заяви-приєднання/Електронного поліса вносяться за згодою Сторін шляхом укладення додаткової угоди або переуклаення Договору.

17. ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ

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

17.2. 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 унеможливають виконання умов Договору.

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

18. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

18.2. 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.

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

18.4. 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.

19. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

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

Додаток №1 – Заява-приєднання.

Додаток №2 – Програма страхування.

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

Додаток №4 – Перелік хвороб та розмір страхових виплат за даними захворюваннями.

Додаток №5 – Електронний поліс.

Додаток №6 - Декларація про стан здоров'я застрахованої особи.

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

20. ПІДПИС СТРАХОВИКА

СТРАХОВИК

Назва

Адреса

Телефон

Банківські реквізити

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто»

21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25

(0432) 508-108

Рахунок № UA523510050000026505642264850 в АТ «УкрСиббанк»,

МФО 351005, ЄДРПОУ 33295475

в.о. Голови Правління





Додаток №1 до Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) № 133/000001 від 01.03.2021 року

**ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
(СТРАХОВИЙ ПОЛІС (СЕРТИФІКАТ))**

№

Ознайомившись з умовами Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) № 133/000001, дата пропозиції укласти договір від 01.03.2021 року. (далі – Договір або Договір страхування), на офіційному сайті ПрАТ «СК «Місто»/ офісі ПрАТ «СК «Місто», приєднуюсь до умов Договору з такими нижченаведеними персоналізованими даними.

1. СТРАХУВАЛЬНИК

Прізвище, ім'я, по батькові	
Дата народження	Ідентифікаційний номер
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий	
Адреса, телефон, електронна адреса	

Страховальник уклав Договір на свою користь (якщо так, позначте ☒, якщо ні, вкажіть дані Застрахованої особи в п.2. Заяви) ☐

У випадку, якщо Страховальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків застрахованої особи та Вигодонабувача згідно Договору.

2. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

Прізвище, ім'я, по батькові	
Дата народження	Ідентифікаційний номер
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий	
Адреса	Телефон

3. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ

ЗАГАЛЬНИЙ РОЗМІР СТРАХОВОЇ СУМИ, грн.	Страхова сума за опцією добровільне медичне страхування, грн.	Страхова сума за опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби, грн.	Страхова сума за опцією добровільне страхування від нещасних випадків, грн.
120 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00

5. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, % Загальний страховий тариф - 8,20834%, в тому числі згідно п. 9.1. – 19,3 %, п. 9.2.- 4,725%, п. 9.3.-0,6%

6. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

ЗАГАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн. з тому числі	За опцією згідно п. 9.1 Договору, грн.	За опцією згідно п. 9.2 Договору, грн.	За опцією згідно п. 9.3 Договору, грн.
9 850,00 грн. (Дев'ять тисяч вісімсот п'ятдесят гривень 00 копійок)	7 720,00	1 890,00	240,00

7. Порядок сплати страхового платежу

I частина	грн.	до	року	II частина	грн.	до	року
-----------	------	----	------	------------	------	----	------

8. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ

365 календарних днів починаючи з дня набрання чинності Договору. Договором страхування передбачений період очікування: - за опцією добровільне медичне страхування - 14 днів з дати набрання чинності Договором; за опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби – 90 днів з дати набрання чинності Договором.

9. 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).

10. Сімейний лікар (П.І.Б., місце роботи)

**11. Місце роботи Застрахованої особи
приймемства/ П.І.Б. ФОП/ ЄДРПОУ/ ІПН)**

Умови страхування зазначені у Договорі та розміщені на веб-сторінці Страховика за посиланням: <http://ic-misto.com.ua/>

Ця Заява-приєднання є невід'ємною частиною Договору. Підписання Заяви-приєднання та сплата страхового платежу вважається безумовною згодою прийняття умов Договору.

Страховальник/Застрахована особа (її законний представник) підписанням цієї Заяви-приєднання:

- підтверджує факт ознайомлення з Правилами, умовами страхування та інформацією згідно ст. 12 ЗУ «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12.07.01р. № 2664-III.

- підтверджує та 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 Страховальника/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 Страховальника/Застрахованої особи, здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов цього Договору та/або захисту її інтересів.

- 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. Цим також уповноважую медичні установи та заклади, органи державної влади, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику.

- підтверджує, що на дату складання цієї Заяви не є інвалідом будь-якої групи, не має злоякісних онкологічних захворювань, тяжких форм захворювань серцево-судинної системи, не перебуває на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансерах, центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, не визнаний в судовому порядку недієздатним.

Застрахована особа

підпис

дата

ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК
Служба підтримки 0 800 21 11 18	
дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України	
НОМЕР СЕРВІСНОЇ КАРТКИ	

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ТА ОПЦІЇ СТРАХУВАННЯ

ВИД СТРАХУВАННЯ	СТРАХОВА СУМА, грн.
Добровільне медичне страхування	40 000,00
Добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби	40 000,00
Добровільне страхування від нещасних випадків	40 000,00

СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Вік Застрахованої особи	Загальний страховий платіж, грн	Страховий тариф, %		
		Добровільне медичне страхування	Добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби	Добровільне страхування від нещасних випадків
Для осіб віком від 6 до 65 років	9 850,00 грн	19,3 %	4,725%	0,6%

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕНІ В ПРОГРАМУ «МІСТОК ЗДОРОВ'Я» ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ

АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА	
Опція передбачає організацію та оплату наступної амбулаторно поліклінічної допомоги в Ліміті страхової суми 4 000,00 грн. (Чотири тисячі гривень) на один та кожен страховий випадок:	
послуги з консультацій спеціалістів медичного закладу за профілем захворювання для встановлення попереднього та основного діагнозу;	Так
виклик лікаря на адресу Застрахованої особи за наявності: - медичних показань (симптомів): підвищення температури вище 38 градусів, висипання на тілі, діареї, ознак харчового отруєння або інфекційного захворювання, - доступних для надання послуги лікарів та згідно з графіком роботи медичних закладів, - негативному результату ІФА (IgM)/ ПЛР тесту на COVID-19, зробленого не пізніше 1 доби від дати звернення, - отримання рекомендацій для огляду по онлайн-консультації практикуючого лікаря;	Так
проведення медичних процедур та маніпуляцій (у тому числі малих хірургічних втручань, перев'язки, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.), що можуть бути проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах, за призначенням лікаря;	Так
медикаментозне забезпечення призначеного лікування ліками та виробами медичного призначення з їх доставкою за потреби (при наявності послуги доставки в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн);	Так
проведення лабораторних та/або діагностичних досліджень, в тому числі одноразово МРТ, КТ (органів грудної клітки (легень) та ІФА(IgM) тест на COVID-19 протягом дії Договору.	Так
СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Опція передбачає організацію та оплату наступної стаціонарної допомоги в Ліміті страхової суми 15 000,00 грн. (П'ятнадцять тисяч гривень) на один та кожен страховий випадок:	
послуги консультування спеціалістів за профілем захворювання для встановлення попереднього та основного діагнозу;	Так
медикаментозне забезпечення призначеного лікування ліками та виробами медичного призначення з їх доставкою за потреби (при наявності послуги доставки в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн.);	Так
оплату послуг при екстреному оперативному втручанні, лікувальних маніпуляцій (перев'язки, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та інше);	Так
забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі та наявності вільних місць в такій палаті на момент госпіталізації);	Так
проведення лабораторних та /або діагностичних досліджень, в т.ч. МРТ, КТ;	Так
забезпечення транспортування до медичного закладу (при наявності послуги у регіоні та вільного транспортного засобу).	Так

ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА	
Опція передбачає організацію та оплату проведення лабораторних та/або діагностичних досліджень для чоловіків та жінок, а саме: аналіз на антиген гепатиту В і С, глікозильований гемоглобін, аналіз крові на холестерин, флюорограма.	Так, ліміт страхової суми протягом дії Договору 650,00 грн.
ВАКЦИНАЦІЯ	
Опція включає забезпечення препаратами для проведення вакцинування згідно календарю щеплень або від наступних хвороб: грип, папілома вірус, кір, правець.	Так, ліміт страхової суми протягом дії Договору 1000,00 грн.
НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ	
Опція передбачає організацію та оплату: - огляду та консультації лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген або панорамний-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - ліквідацію гострого зубного болю; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видаленні 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.	Так, ліміт страхової суми протягом строку дії Договору 1000,00 грн.
ДОМАШНЯ АПТЕЧКА	
Опція включає забезпечення безрецептурними препаратами для симптоматичного лікування алергії, діареї, поверхневих ран, опіків, головного та зубного болю, риніту, болю у м'язах та спині відповідно до затверджених протоколів провізора (фармацевта) (наказ Міністерства охорони здоров'я України 11 жовтня 2013 року № 875) після проведення онлайн-консультації із врахуванням обмежень і виключень визначених Договором страхування із терміном призначення до 3 –х днів.	Так, ліміт страхової суми протягом дії Договору 500,00 грн
Анкетування та проведення розрахунку індивідуальних ризиків для здоров'я.	Так
Онлайн-консультація практикуючих лікарів по стандартам чинних клінічних протоколів	Так

СТРАХОВИК

ПрАТ «СК «Місто»
21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25
Голова Правління



ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

(якщо інше не передбачено Програмою та Договором)

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, у період каренції;
- 1.3. медична допомога була отримана Застрахованою особою до початку або після закінчення строку дії Договору, або в період 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 (членушкодження), 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 Заяви (Інформованої згоди на страхування);
- 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. дії Застрахованої особи у стані алкогольного (наявність в крові алкоголю, що перевищує 0,2‰), наркотичного, токсичного сп'яніння або під впливом вжитих без призначення лікаря медичних препаратів, передачі керування іншої особі, якщо 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 окремі території) режим надзвичайної ситуації.

2. Не є страховим випадком, Страховик не забезпечує надання та оплати 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 епідемії, 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 показаннями;
- 2.7. наступних захворювань (діагнози, нозологічні форми за МКХ-10):
A00 – A03 окремі кишкові інфекційні хвороби;
A15 - A19 туберкульоз; (виплата по діагнозу проводиться у розмірах визначених Додатком №4)
A30-A49 - деякі зоонозні бактеріальні хвороби та інфекції, окрім A36 дифтерія, A37 коклюш, A39 менінгіт, A40 стептококовий сепсис, A46 бешіа;
A50-A79 інфекційні хвороби, передані статевим шляхом, спричинені спірохетами і хламідіями, окрім A69.2. хвороба Лайма;
A80-A99 вірусні інфекційні хвороби центральної нервової системи, окрім A 84 енцефаліт;
B03-B09, B16-B19 вірусні гепатити, окрім гепатиту А; (виплата по діагнозам гепатит В і С проводиться у розмірах визначених Додатком №4);
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 (виплата по діагнозу проводиться у розмірах визначених Додатком №4);

D00-D09 новоутворення in situ (виплата по діагнозу проводиться у розмірах визначених Додатком №4);
D10-D48, B50-D61, D63-64, D80-D89 доброякісні новоутворення;
E00-E07, E10-E14, E25 хвороби щитоподібної залози (виплата по діагнозу «Цукровий діабет» E10-E14 проводиться у розмірах визначених Додатком №4);
E28-E35 дисфункції статевих органів;
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 вертебробазиллярної артеріальної системи, G50- G59 розлади нервів, нервових корінців та сплетін, G93.6 набряк мозку;
H00-H59 хвороби ока та придаткового апарату, окрім H00-H01, H04.0, H05.0 гостре запалення очниці, H10 кон'юнктивіт, H11.3 кон'юнктивальний крововилив, H46 неврит зорового нерва, P57.0 очний біль, P15.1. епісклерит, H31.3 крововиливи та розриви судинної оболонки ока.
H60-P95 хвороби ока та соскоподібного відростка, окрім H60.0, H60.3, H60.5, H65, H66, H68 абсес зовнішнього вуха, отити, H68.0 сальпінгіт (запалення) євстахієвої труби, H70.0 гострий мастоїдит, H73.0 гострий мірингіт, P83.0 лабіринтит, H92 оталгія та виділення (вивід) з вуха, H70.1-H73.1 загострення хронічного масоїдиту і мірингіту;
I00-I20, I24-I25, I31, I34-I39, I50-I59, I65-I70, I73-I79, I83-I86, I95 ревматизм, інші хвороби кровообігу;
J30- J38 (окрім J32, 34.0, J36), J41-J47 (окрім I41.2, I42.3), J60-J70, J80-J84, J90-J99, окрім J93, хронічний риніт та ларингіт, інші хвороби дихання;
K00-K14 порушення розвитку зубів, окрім K11.2, K11.3, K12.2;
K23, K29.2, K44(окрім 40.2, 40.9, K41.2, K41.9, K42.9, K43.9, K44.9), K38, K46, K55-K64 (окрім K55.0, K56, K57.0, K57.2, K57.4, K57.8, K61, K62.5, K63.0, K63.1, K63.3), K58, K63.8, K62-K67 (K66.1), K70-K77, K80-K87 (окрім K80.0, K80.3, K80.4, K81.0, K85, K83.4), K90-K93 (окрім K92.0, K92.1, K92.3) хвороба Крона, синдром подразненого кишечника, 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;
M01-M03, M05-M25 (окрім M25.0, M25.4, M25.5), M30-M36, M40-M49 (окрім M42.1, M46, M47.0), M50-M54 (окрім M50.0, M50.1, M51.0, M51.1., M53.0), M61-M63 (окрім M62.2), M65-M68, M70-99 (окрім M71.0, M71.1, M75, M76, M77, M86) подагра, інші порушення кістково-м'язової системи;
N02-N16 (окрім N10, N15.1, N11), N18-19 гематурія, 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 N70.0-70.3, N71.0, N72, N73.0, N73.3, N75.1, N76.0- N76.4), N80-N99 (окрім N83.5, N83.6, N92.3, N92.4, N92.8, N95.0 хронічна ниркова недостатність, інші хвороби);
O00-O99 ускладнення вагітності, пологів, окрім O60 передчасних пологів, O00 позаматкової вагітності; O15 еклампсії, O02.1, O03.4);
P00-P96 окремі стани дитини у перинатальному періоді;
R00-R99 симптоми, не класифіковані у інших рубриках, окрім R04-R06, R10-R12, R30, R42, R50-R51, R56-R57; T18.5, T19, T36-T98, окрім T52-T54, T58-T63, T67-T70, T75.0, T75.4, T78.0, T78.3-T78.46 T79, T88.2, T88.5, T88.6;
V01-Y98 зовнішні причини захворюваності;
Q00-Q99 природні вади розвитку;
2.8. лікування ускладнень, пов'язаних із протезами, трансплантами, реплантацією, ампутацією (T82-T88), віддаленими наслідками травм (T90-T98);
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, 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, протівірусні 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, за винятком наступних препаратів Ергоферон, Амфотерицин, Ітриконазол, Клотримазол, Ністатин, Лорде гіаль, Нозісофт, Окістар Гіал, Декасан, Небуфлюзон, Зафірон, Флутіксон, Браксон, Аміцил, Фривей, Фривей комбі, Флуконазол;

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 Шанса, бандажу, металоконструкцій, фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, милиць, інвалідних візків, фіксуючих пластин та гвинтів, а також килимових 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 це 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, іридодіагностики, 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, плазмодіфільтрація, 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.

4. Страховим випадком за опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби не визнаються:

4.1. наслідки хвороби, вказаної в Додатку №4, на яку Застрахована особа захворіла поза строком або/та місцем дії цього Договору;

4.2. наслідки хвороби іншої, ніж визначена в Додатку №4 Договору;

4.3. подія відбулась в період очікування (каренції).

5. Не є страховим випадком за опцією добровільне страхування від нещасних випадків ушкодження здоров'я, Застрахованої особи від захворювань, що не є наслідком нещасного випадку.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПРАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Перелік хвороб та розмір страхових виплат за даними захворюваннями

Страхова виплата проводиться по вперше виявлених захворюваннях та при наданні Страховику результатів Попереджувальної діагностики, визначеної Додатком №2, в 30 денний термін від дати укладення Договору.

Перелік хвороб	Кодифікація за МКХ -10	Ліміт виплати на випадок при стаціонарному лікуванні, грн
Злоякісні новоутворення (за виключенням раку шкіри)	C00-C42, C45-C97, D00 -D9	30 000,00
Гострий інфаркт міокарда	I21	20 000,00
Інсульт	I63-I64	20 000,00
Гепатит В,С	B16, B17.10	10 000,00
Цукровий діабет	E10-E14	10 000,00
Туберкульоз	A15-A19	10 000,00

ПІДПИС СТРАХОВИКА

ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління





**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МІСТО»**
21050, Україна, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25
IBAN: UA52351005000026505642264850, АТ «УкрСиббанк»,
код ЄДРПОУ 33295475

Додаток №5 до Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) № 133/000001 від 01.03.2021 року

0 800 21 11 18

Служба підтримки

дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України

**ЕЛЕКТРОННИЙ ПОЛІС ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я), ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ ТА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ
ОФЕРТА №133/000001 від 01.03.2021 р.**

№ -

Дата укладання

Місце страхування м. Вінниця

Цей Електронний поліс добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків, надалі по тексту – Акцепт або Поліс, складений на підтвердження вчинення Страховальником електронного правочину щодо укладення Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) № 133/000001 від 01.03.2021 року (надалі – Договор) відповідно до ст. 634 ЦК України, Закону України «Про страхування», «Про електронні довірчі послуги» та «Про електронну комерцію». Цей Акцепт оформлений в електронній формі та є електронним документом відповідно до Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг» та «Про електронну комерцію».

1. СТРАХОВИК	Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто», в особі Голови Правління Крамера Г.Л., що діє на підставі Статуту			
2. СТРАХУВАЛЬНИК				
Паспортні дані			Дата народження	
Ідентифікаційний номер	Телефон	Адреса ел. пошти		
Адреса				
2.1. Страховальник уклав Договір на свою користь (якщо так, позначте ☒ , якщо ні, вкажіть дані Застрахованої особи в п.4. Полісу)				
2.2. У випадку, якщо Страховальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з його умовами.				

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страховальником у Договорі за згодою Застрахованої особи.

3.2. Договір укладено відповідно до Закону України «Про страхування» на підставі ліцензії Страховика серія АВ № 584179, серія АВ № 584175 виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 25.05.2011 року, серія АЕ № 198792, виданої Нацкомфінпослуг 14.06.2013 р. на умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 21.05.2013р., реєстраційний №0613149 (зі змінами), Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, зареєстрованих Нацкомфінпослуг 10.01.2013 р., № 0413007 (зі змінами), Правил добровільного страхування від нещасних випадків. Нова редакція, зареєстрованих Нацкомфінпослуг 15.05.2014 р., реєстраційний номер 0214160 (зі змінами (надалі – Правила)).

4. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

Прізвище, ім'я, по батькові			
Дата народження			Ідентифікаційний номер
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий			
Адреса			Телефон
5. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ			

6. СТРАХОВА СУМА

ЗАГАЛЬНИЙ РОЗМІР СТРАХОВОЇ СУМИ, грн.	Страхова сума за опцією добровільне медичне страхування, грн.	Страхова сума за опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби, грн.	Страхова сума за опцією добровільне страхування від нещасних випадків, грн.
120 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00
7. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, %	Загальний страховий тариф - 8,20834%, в тому числі згідно п. 9.1.-19,3 %, п. 9.2.- 4,725%, п. 9.3.-0,6%		

8. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн., в тому числі	За опцією згідно п. 9.1 Договору, грн.	За опцією згідно п. 9.2 Договору, грн.	За опцією згідно п. 9.3 Договору, грн.
9 850,00 грн. (Дев'ять тисяч вісімсот п'ятдесят гривень 00 копійок)	7 720,00	1 890,00	240,00

9. Порядок сплати страхового платежу:

I частина	грн.	до _____ року	II частина	грн.	до _____ року
10. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ	365 календарних днів починаючи з дня набрання чинності Договору. Договором передбачений період очікування: - за опцією добровільне медичне страхування - 14 днів з дати набрання чинності Договором; за опцією добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби – 90 днів з дати набрання чинності Договором.				
11. 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).				
12. Сімейний лікар (П.І.Б., місце роботи)					
13. Місце роботи Застрахованої особи (назва підприємства/ П.І.Б. ФОП/ ЄДРПОУ)					

14. Договір страхування складається з Оферти та цього Акцепту.

15. Акцепт складено в електронній формі та підписано електронним підписом шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора Страховальнику та введення Страховальником такого ідентифікатора в програмні комплекси Страховика. Підписання Акцепту Страховальником означає повне і беззастережене прийняття умов цього Договору та згоду Страховальника зі всіма умовами Договору без виключення і доповнення, викладеними в Оферті та Правилах, що розміщені на веб-сайті Страховика www.ic-misto.com.ua.

16. Підписання Акцепту Страховальник/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. Підписання цього Акцепту Страховальник підтверджує, що електронна форма Договору не перешкоджає правильному розумінню ним умов цього Договору в повній мірі та не може в подальшому служити підставою для заперечення ним дійсності цього Договору. На вимогу Страховальника Страховик здійснює вручення 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.

17. 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. 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 Акцепту не є інвалідом будь-якої групи, не має зловиясних онкологічних захворювань, тяжких форм захворювань серцево-судинної системи, не перебуває на обліку в наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансерах, центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, не визнаний в судовому порядку недієздатним.

18. ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК

СТРАХУВАЛЬНИК

З правилами, умовами страхування, Програмою страхування ознайомлений та згоден

Номер сервісної картки

Голова Правління

Г.Л. Крамер

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 I 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 I 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.
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

ДОДАТКОВА УГОДА №1

ДО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я), ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ ТА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ (ПРИЄДНАННЯ). ОФЕРТА №133/000001 від 01.03.2021

м. Вінниця

07 лютого 2022 року

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МІСТО» (надалі – ПрАТ «СК «Місто» або Страховик), в особі Голови Правління Крамера Геннадія Леонідовича, що діє на підставі Статуту, керуючись Законом України «Про страхування», ст. 634 Цивільного кодексу України, пропонує фізичним особам, які отримують страхові послуги шляхом приєднання до Договору добровільного страхування медичного страхування (безперервного страхування здоров'я добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання). Оферта №133/000001 від 01.03.2021 (надалі – Договір або Договір приєднання) укласти дану Додаткову угоду до діючого Договору про наступне:

1. Доповнити Додаток №2 Договору Додатком № 2.1. з Програмою страхування «МІСТОК ЗДОРОВ'Я-ДІТИ» та викласти його в наступній редакції:

«Додаток №2.1.

до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання)

№ 133/000001 від 01.03.2021

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ «МІСТОК ЗДОРОВ'Я-ДІТИ»

ВИД СТРАХУВАННЯ	СТРАХОВА СУМА, грн
Добровільне медичне страхування	120 000,00

СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Варіант страхування	Вік Застрахованої особи	Загальний страховий платіж, грн.	Страховий тариф, %
А	для осіб віком від 1 до 4 років	24 000,00	20,00
Б	для осіб віком від 5 до 17 років	12 000,00	10,00
*страховий платіж сплачується частинами:			
I частина	в розмірі 50% від загального страхового платежу - при укладенні договору (для проведення попереджувальної діагностики);		
II частина	в розмірі 50% від загального страхового платежу - не пізніше 90 днів від дати заповнення анкети.		

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕНІ В ПРОГРАМУ «МІСТОК ЗДОРОВ'Я - ДІТИ» ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ

АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА	
Опція передбачає організацію та оплату наступної амбулаторно-поліклінічної допомоги по зверненням застрахованої особи	
Ліміт страхової суми на амбулаторно-поліклінічну допомогу при варіанті страхування А, грн.	12 000,00
Ліміт страхової суми на амбулаторно-поліклінічну допомогу при варіанті страхування Б, грн.	6 000,00
Послуги з консультацій спеціалістів медичного закладу за профілем захворювання для встановлення попереднього та основного діагнозу. При цьому первинна консультація – 100% покриття Страховиком, повторні – 50% покриття (співоплата).	Так
Проведення медичних процедур та маніпуляцій (у тому числі малих хірургічних втручань, перев'язки, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.), що можуть бути проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах, за призначенням лікаря.	
Проведення лабораторних та/або діагностичних досліджень, в тому числі одноразово МРТ, КТ (органів грудної клітки (легень) та ІФА(IgM) тест на COVID-19 протягом дії Договору.	
Медикаментозне забезпечення призначеного лікування ліками та виробами медичного призначення з їх доставкою за потреби (при наявності послуги доставки в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн). Включаючи 1 курс на рік пробіотиків, фітопрепаратів з франшизою (співоплатою) 30%.	Так

Онлайн-консультація практикуючих лікарів по стандартам чинних клінічних протоколів (телемедицина)	Так
СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Опція передбачає організацію та оплату наступної невідкладної (екстреної) стаціонарної допомоги	
Ліміт страхової суми на стаціонарну допомогу, грн.	30 000,00
Послуги консультування спеціалістів за профілем захворювання для встановлення попереднього та основного діагнозу.	Так
Медикаментозне забезпечення призначеного лікування ліками та виробами медичного призначення з їх доставкою за потреби. Включаючи 1 курс на рік пробіотиків, фітопрепаратів з франшизою (співоплатою) 30%.	Так
Послуг лікувальних маніпуляцій (перев'язки, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та інше).	Так
Забезпечення оплати перебування у палаті підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі та наявності вільних місць в такій палаті на момент госпіталізації).	Так
Проведення лабораторних та /або діагностичних досліджень, в т.ч. МРТ, КТ.	Так
Забезпечення транспортування до медичного закладу (при наявності послуги у регіоні та вільного транспортного засобу).	Так
ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ	
Опція передбачає організацію та оплату невідкладної медичної допомоги (оперативного втручання (окрім планової операції) за наявності заклучення обласного/міського позаштатного спеціаліста по профілю хвороби про неможливість подальшого терапевтичного лікування та відкладення операції на 72 і більше годин).	
Ліміт страхової суми 120 000,00 (Сто двадцять тисяч гривень)	
Проведення оплати оперативних втручань I-VI категорії: I категорія – 100% покриття. II категорія- 80% покриття. III категорія – 75% покриття. IV категорія- 50% покриття.	Так
ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА	
Ліміт страхової суми протягом дії Договору 850,00 грн.	
Опція передбачає організацію та оплату проведення лабораторних та/або діагностичних досліджень для дітей.	Так
ВАКЦИНАЦІЯ	
Ліміт страхової суми протягом дії Договору 1 000,00 грн.	
Опція включає забезпечення препаратами (співоплату) для проведення вакцинування згідно календарю щеплень або від наступних хвороб: грип, папілома вірус, кір, правець.	Так
НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЯ	
Ліміт страхової суми протягом дії Договору 1 000,00 грн	
Опція передбачає організацію та оплату: - огляду та консультації лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген або панорамний-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - ліквідацію гострого зубного болю; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини; - зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями; - лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасту, постановка тимчасової пломби); - видалення капюшону з діагнозом перикоронарит; - кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.	Так
Категорія медичних закладів (надавачі послуг)	Приватні заклади (категорія А, А1), окрім брендированих
Франшиза (каренція): опція «Дитяча хірургія» вступає в дію через 30 днів з дати заключення договору.	
АСИСТАНС – ТОВ «СОС Сервіс Україна», ТОВ «Поділля-Асистанс»	

2. Доповнити Додаток №6 Договору Додатком № 6.1. з Декларацією про стан здоров'я застрахованої особи (від 5 до 17 років) та викласти його в наступній редакції:



« Додаток № 6.1 до Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби та добровільного страхування від нещасних випадків (приєднання) № 133/000001 від 01.03.2021 року

Декларація про стан здоров'я застрахованої особи (від 1 до 17 років)

(фотокопію даної Декларації просимо надіслати на електронну пошту mi@ic-misto.com.ua)

Страховик гарантує зберігання у таємниці всіх вказаних у цій Декларації відомостей стосовно стану здоров'я Вашої дитини.

Прізвище	Ім'я	По-батькові	(дитини)	Дата народження	
Домашня адреса			стать		

Заповнюється одним із батьків (законним представником дитини)

1	Наявність групи інвалідності	ТАК ☐	НІ ☐
2	Перебування на обліку в спеціалізованих диспансерах або Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом	ТАК ☐	НІ ☐
3	Наявність вроджених (набутих) вад розвитку або проведених оперативних втручань	ТАК ☐	НІ ☐
	Вказати які саме:		
4	Зайняття активними видами спорту	ТАК ☐	НІ ☐
	Вкажіть чим саме:		
5	Потреба проведення планової хірургічної операції	ТАК ☐	НІ ☐
	Вказати яку саме:		
6	Наявність хронічних хвороб (захворювання за яким зверталися по медичну допомогу більше 3 разів на рік) ?	ТАК ☐	НІ ☐
	Вказати які саме:		
7	Приймання ліків на регулярній основі	ТАК ☐	НІ ☐
	Вказати які саме:		
8	Вказати сімейного лікаря з яким укладено декларацію або медзаклад, у який найчастіше звертаєтесь: П.І.Б. лікаря / назва медзакладу _____ Адреса _____ тел.: _____		

Заповнюється лікарем.

9. Фізіологічні дані.

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

10. Висновок (у разі якщо дитина має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника дитини:

11. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років _____)

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.

Я надаю дозвіл за запитом Страховика медичним закладам надавати інформацію про стан здоров'я дитини, 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.

Надаю згоду на укладення договору страхування. З правилами та умовами страхування ознайомлений(на).

ДАТА ЗАПОВНЕННЯ _____

контактний телефон _____

	_____/_____/+38_____
П.І.Б. лікаря, який провів огляд, печатка	Прізвище, ініціали та підпис одного з батьків або законного представника Застрахованої особи (контактний номер телефону)

».

3. Додаткова угода є невід'ємною частиною Договору приєднання, який укладено з урахуванням вимог статей 633, 634, 641, 642 Цивільного кодексу України шляхом приєднання до умов Договору приєднання та набуває чинності з **18 лютого 2022 року** (через 10 днів з моменту її розміщення на сайті Страховика).

4. Всі інші умови Договору приєднання, не змінені даною Додатковою угодою, залишаються чинними, сторони підтверджують їх обов'язковість для себе.

5. ПІДПИС СТРАХОВИКА

СТРАХОВИК

Назва

Адреса

Телефон

Банківські реквізити

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто»

21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25

(0432) 508-108

Рахунок № UA523510050000026505642264850 в АТ «УкрСиббанк»,
МФО 351005, ЄДРПОУ 33295475

Голова Правління



Геннадій КРАМЕР