



ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказом
ПрАТ «СК «Місто»
№ 9 від 25.02.2026

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ХВОРОБИ (В ТОМУ ЧИСЛІ
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ) ТА СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО
ВИПАДКУ «СТРАХУВАННЯ ВЧИТЕЛІВ»
КЛАС СТРАХУВАННЯ 1,2
КОД - 108/О**

Вінниця, 2026

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ.

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

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

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

1.4. **Валідація Договору** – встановлення чинності Договору страхування відносно Застрахованої особи.

1.5. **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.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.14. **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.

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

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

1.17. **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.

1.18. **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.

1.19. **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.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.30. **Страхова премія** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику на поточний рахунок згідно умов Договору страхування.

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

1.32. **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.

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

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

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

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

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

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

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

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Перед укладенням Договору, Страхувальник самостійно ознайомлюється з умовами Договору на веб-сторінці Страховика або у офісі Страховика (21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25).

2.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

2.3. У заяві Страхувальника про намір укласти Договір страхування Страхувальник на запит Страховика зобов'язаний надати відповіді на всі поставлені запитання, повідомити Страховику про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають суттєве значення для визначення ймовірності настання страхового випадку (зокрема, прізвище, стать, адресу проживання, місце та строк страхування, програму страхування, страхову суму, відомості про стан здоров'я особи, на користь якої укладається Договір страхування, та ін.).

2.4. Договір страхування може бути укладений про страхування однієї особи або одночасно декількох осіб.

У разі, якщо Страхувальник укладає Договір страхування одночасно на користь декількох осіб, разом із заявою про намір укласти Договір страхування Страхувальник надає Страховику список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес проживання.

2.5. При укладанні Договору страхування на користь інших фізичних осіб Страхувальник надає Страховику документальне підтвердження письмової згоди таких осіб на страхування.

2.6. При укладанні Договору страхування Страховик може здійснювати медичне анкетування, а при необхідності – призначити медичне обстеження особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування.

При цьому Страховик залишає за собою право на отримання від Страхувальника або особи, про страхування якої укладається Договір страхування, будь-якої додаткової інформації про стан здоров'я такої особи.

У разі відмови Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, заповнити медичну анкету або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика, Страховик може відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування.

2.7. На підставі даних, повідомлених Страхувальником у заяві про намір укласти Договір страхування, в анкеті (анкетах) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, а також за результатами її (їх) медичного обстеження і отриманої додаткової інформації про стан її (їх) здоров'я Страховик приймає рішення про укладання або відмову в укладанні Договору страхування.

2.8. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

2.9. Письмова заява Страхувальника про намір укласти Договір страхування, анкета про стан здоров'я, а також результати медичного обстеження (якщо таке обстеження здійснювалось) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, є невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

2.10. 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 Договору.

2.11. Укладенням Договору Страхувальник:

- підтверджує, що з умовами страхування ознайомлений та згоден;
- підтверджує своє вільне волевиявлення стосовно прийняття умов Договору;
- 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, Договору та інших договорів, в тому числі перестраховання, 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 Страхувальника/Застрахованої особи, здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов Договору та/або захисту інтересів Страхувальника/Застрахованої особи. Страховик звільняється від зобов'язання направляти на адресу Страхувальника письмове повідомлення про права, мету збору даних і осіб, яким передаються його персональні дані;

- надає згоду на отримання від ПрАТ «СК «МІСТО» інформаційних SMS повідомлень або повідомлень у застосунках Viber, WhatsApp, Telegram;

- підтверджує, що до укладення Договору йому було доведено до відома інформацію, передбачену ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» від 14.12.2021 р. № 1953-ІХ, зміст вказаної інформації йому зрозумілий. Надана інформація є доступною на веб-сайті 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.

2.12. Факт укладення Договору може посвідчуватися Страховим сертифікатом, який видається Страховиком.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником Страховику за плату ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування.

3.2. Об'єкт страхування – життя, здоров'я, працездатність Страхувальника/Застрахованої особи.

3.3. Страхувальником за цим Договором може бути дієздатна особа віком **від 18 років до 70 років включно**.

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

3.5. Страховим випадком є:

3.5.1. 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;

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

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

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

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

3.8. Перелік медичної допомоги, медичних та інших послуг, за надання яких Застрахованій особі, при настанні страхового випадку, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору, а також кількість страхових випадків за якими Страховик здійснює страхову виплату та розмір франшизи (власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті), визначається в Програмі страхування, що є Додатком до цих Загальних умов.

3.9. Перелік закладів з медичного обслуговування та інших установ або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), з якими страховиком укладено договір/договори щодо надання послуг з медичного обслуговування страхувальників та який розміщено на власному веб-сайті страховика за адресою [perelik-medichnikh-zakladiv-u-m.-vinnici.pdf](#)

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

3.11. Договором передбачений період очікування (каренції), що становить 10 (десяти) днів з дати набрання чинності Договору страхування відносно Застрахованої особи.

3.12. Страхова сума, Ліміт страхової суми, страховий тариф, страхова премія визначається залежно від обраної Страхувальником Програми страхування.

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

3.14. Цей Договір укладається строком на 1 (один) рік.

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

3.16. У випадку несплати страхової премії за перший період страхування у розмір та в строк, визначений в Договорі, Договір вважається таким, що не набрав чинності.

3.17. Строк дії Договору поділений на 12 періодів страхування.

3.18. Якщо за один місяць до закінчення строку дії цього Договору жодна із Сторін не повідомить про свій намір щодо його розірвання, Договір вважається пролонгованим на тих же умовах на кожен наступний календарний рік.

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

3.20. У випадку якщо Страхувальник не сплатив чергову суму щомісячної страхової премії, в строк передбачений Договором, дія страхового захисту (відповідальність Страховика) у цей період страхування не настає. Страховик не здійснює страхові виплати за будь-якими випадками, що трапилися в період страхування, який не був оплачений, а такі випадки не вважаються страховими.

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

3.22. У разі несплати Страхувальником страхової премії у встановлені цим Договором строки, Страховик може виставити Страхувальнику вимогу на сплату. Якщо чергова страхова премія не була сплачена протягом 10 робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, Договір страхування вважається достроково припиненим.

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

3.24. Територія дії Договору – територія України, за винятком територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих російською федерацією, щодо яких не визначено дати завершення бойових дій (припинення можливості бойових дій) або тимчасової окупації.

3.25. Страховий захист діє цілодобово.

3.26. **Часові стандарти надання медичних послуг – не пізніше 3 робочих днів.**

4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

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

4.1.5. 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;

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

4.1.7. медична допомога отримана з приводу захворювань, які пов'язані з інвалідністю Застрахованої особи будь-якої групи;

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

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

4.1.10. 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);

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

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

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

4.2. Не є страховим випадком, Страховик не забезпечує надання та оплати допомоги, якщо звернення Застрахованої особи відноситься до:

4.2.1. планового стаціонарного лікування;

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

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

4.2.4. лікування хронічних хвороб поза загостренням (ускладненням);

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

4.2.6. штучного переривання вагітності, за винятком випадків переривання вагітності за медичними показаннями;

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

A00 – A03 окремі кишкові інфекційні хвороби;

A15 - A19 туберкульоз;

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

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

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

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

B20-B24 хвороб, зумовлених СНІДом;

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

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

B99 – інші інфекційні хвороби;

C00-C97 злоякісні новоутворення;

D00-D09 новоутворення in situ;

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

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

E28-E35 дисфункції статевого характеру;

E40-E46, E50-E68 загальна недостатність харчування;

F00-F99 розлади психіки;

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

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

H60-H95 хвороби ока та соскоподібного відростка, окрім H60.0, H60.3, H60.5, H65, H66, H68 абсцес зовнішнього вуха, отити, H68.0 сальпінгіт (запалення) євстахієвої труби, H70.0 гострий мастоїдит, H73.0 гострий мірінгіт, H83.0 лабіринтит, H92 оталгія та виділення (вилив) з вуха, H70.1-H73.1 загострення хронічного масоїдиту і мірінгіту;

I00-I20, I24-I25, I31, I34-I39, I50-I59, I65-I70, I73-I79, I 83-I86, I95 ревматизм, інші хвороби кровообігу;

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

K00-K14 порушення розвитку зубів, окрім K11.2, K11.3, K12.2;

K23, K29.2, K44(окрім K40.2, K40.9, 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, K62.6, 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 кишківника, дисбактеріоз, інші хвороби травлення;

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

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., M 53.0), M61-M63 (окрім M62.2), M65-M68, M70-99 (окрім M71.0, M71.1, M75, M76, M77, M86) подагра, інші порушення кістково-мязової системи;

N02-N16 (окрім N10, N15.1, N11), N18-N19 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-N70.3, N71.0, N72, N73.0, N73.3, N75.1, N 76.0- N76.4), N80-N99 (окрім N83.5, N83.6, N92.3, N92.4, N92.8, N95.0 хронічна ниркова недостатність, інші хвороби);

O00-O99 ускладнення вагітності, пологів, окрім O60 передчасних пологів, O00 позаматкової вагітності; O15 еклампсії, O02.1, O03.4;

P00-P96 окремі стани дитини у перенатальному періоді;

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

T18.5, T19, T36-T98, окрім T52-T54, T58-T63, T67-T70, T75.0, T75.4, T78.0, T78.3-T78.4, T79, T88.2, T88.5, T88.6;

V01-Y98 зовнішні причини захворюваності;

Q00-Q99 природні вади розвитку;

4.2.8. лікування ускладнень, пов'язаних із протезами, трансплантами, реплантацією, ампутацією (T82-T88), віддаленими наслідками травм (T90-T98);

4.2.9. перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду;

4.2.10. 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;

4.2.11. 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 артритах остеохондрозах, загостреннях гіпертонічної хвороби(криз), варикозного розширення вен нижніх кінцівок з виразкою та/або запаленням, диспепсії, простатиту, ГРВІ більше **14 (чотирнадцяти) календарних днів**;

4.2.12. 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.

4.2.13. З розшифруванням кодів захворювань, які не є страховим випадком можна ознайомитись в Національному Класифікаторі хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, затвердженому Наказом Міністерства економіки України №360 від 04.08.2021 за посиланням [nacionalnyj-klassyfikator-nk-025.pdf](https://dec.gov.ua/paszionalnyj-klassyfikator-nk-025.pdf) (dec.gov.ua)

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

4.3.1. 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);

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

4.3.3. проведення ІФА-, ПЛР-тестів;

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

4.3.5. 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;

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

4.3.7. вартість препаратів (їх аналогів), виробів медичного призначення наявних на день звернення у медичному закладі відповідно до даних сайту <https://eliku.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;

4.3.8. вартість медикаментозного забезпечення при плановій госпіталізації;

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

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

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

4.3.12. профілактичні, гігієнічні, косметичні процедури та засоби;

4.3.13. корекцію ваги, профілактику целюліту;

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

4.3.15. 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;

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

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

4.3.18. експериментальне або науково-дослідне лікування;

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

4.3.20. проведення щеплень, в тому числі антирабійних профілактичних заходів;

4.3.21. надання стоматологічної допомоги (якщо інше не передбачено Програмою страхування).

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

4.4. 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 ПВ), 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. В разі настання страхового випадку із особою, що зазначена в даному пункті, як особа, яка не приймається на страхування, Страховик вважатиме це порушенням умов Договору та страхову виплату не здійснюватиме. У випадку, якщо Страховик, після проведення страхової виплати, отримав інформацію, що особа не могла бути застрахована відповідно до умов цього Договору, Страховик має право вимагати від такої особи компенсації завданої матеріальної шкоди в розмірі проведеної страхової виплати.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Страхувальник має право:

5.1.1. ознайомитись з Загальними умовами страхового продукту та умовами страхування;

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

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

5.2. Застрахована особа має право:

5.2.1. скористатися правами Страхувальника, передбаченими цим Договором;

5.2.2. отримати страхову виплату на умовах цього Договору.

5.3. Страховик має право:

5.3.1. достроково припинити дію цього Договору;

5.3.2. проводити розслідування страхових випадків;

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

5.3.4. вимагати дострокової сплати Страхувальником несплачених частин загального

страхового платежу;

5.3.5. перевіряти повідомлену Страхувальником / Застрахованою особою інформацію;

5.3.6. 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;

5.3.7. 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;

5.3.8. 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;

5.3.9. замовити незалежну експертизу перевірку обставин страхового випадку;

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

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

5.3.12. У разі настання страхового випадку із особою, яка відноситься до категорії осіб, що не можуть бути застрахованими відповідно до п. 2.12. Договору, Страховик вважатиме це порушенням Договору та страхову виплату не здійснюватиме. Якщо Страховик отримав інформацію, що особа не могла бути застрахована відповідно до умов цього Договору, після проведення відповідної страхової виплати, Страховик має право вимагати від такої особи компенсації завданої матеріальної шкоди в розмірі проведеної страхової виплати

5.4. Страхувальник зобов'язаний:

5.4.1. виконувати умови цього Договору;

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

5.4.3. своєчасно та в повному обсязі сплатити страхову премію, обумовлену у цьому Договорі;

5.4.4. за вимогою Страховика достроково сплатити несплачену частину загальної страхової премії;

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

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

5.4.7. надати Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення належної перевірки Страхувальника та 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».

5.4.8. Ознайомити Застраховану особу з умовами страхування.

5.5. Застрахована особа зобов'язана:

5.5.1. виконувати умови даного Договору;

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

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

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

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

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

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

5.6. Страховик зобов'язаний:

- 5.6.1. ознайомити Страхувальника з Загальними умовами страхового продукту;
- 5.6.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 5.6.3. 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;
- 5.6.4. при настанні страхового випадку забезпечити організацію надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги відповідно до умов Договору;
- 5.6.5. забезпечувати конфіденційність інформації про Застраховану особу/Страхувальника/Вигодонабувача не розголошувати її за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

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

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

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

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

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

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

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

6.4.1.2. Якщо у Застрахованої особи при виникненні потреби в отриманні медичних послуг не було об'єктивної можливості, а саме перебування без свідомості, звернутися до Страховика у зв'язку із наданою екстреною медичною допомогою, Застрахована особа або особи, що її опікують, зобов'язані не пізніше 48 годин з моменту отримання Застрахованою особою таких послуг (забезпечення), у спосіб вказаний в п.6.1. повідомити Страховику наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи та номер договору;
- інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи;

- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів.

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

6.4.2. При станах, які потребують амбулаторної допомоги, окрім станів, визначених в п. 6.4.3. цих Загальних умов:

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

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

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

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

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

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

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

територіально є найближчим до місця проживання/роботи Застрахованої особи. Запис до конкретного вузького спеціаліста, проводиться Представником Страховика, за умови роботи такого спеціаліста в медичному закладі, зазначеному на сайті Страховика <https://ic-misto.com.ua/medical>.

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

6.4.4. При станах, які потребують стаціонарної допомоги:

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

6.4.4.2. Представник Страховика організує/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>.

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

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

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

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

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

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

6.5. У разі, якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги, за попереднім погодженням зі Страховиком, для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна протягом 30 (тридцяти) календарних днів від моменту закінчення отримання медичних послуг звернутися до Страховика із письмовою заявою про страхову виплату та надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку, згідно з Розділом 7 цих Загальних умов.

6.6. Витрати за отримані медичні послуги, вказані в п. 6.3. Загальних умов, не повинні перевищувати рівень вартостей таких витрат, типових для медичних закладів та приватно практикуючих лікарів, що працюють в даній місцевості, при наданні аналогічних медичних послуг.

6.7. Застрахованій особі надається медична допомога в медичних закладах, з якими Страховиком укладено Договори про співробітництво, та які визначені в Переліку закладів з медичного обслуговування, розміщеному на власному веб-сайті страховика за адресою perelik-medichnikh-zakladiv-u-m.-vinnici.pdf

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

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. 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.

7.2. У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, за умови попереднього узгодження витрат із Страховиком, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі заяви на отримання страхової виплати та документів, зазначених в п.7.16. цих Загальних умов.

7.3. Рішення про визнання або невизнання події страховим випадком приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання всіх вказаних у п.7.16. документів.

7.4. 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 (шістдесят) календарних днів з дати отримання усіх вказаних в п.7.16. документів.

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

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

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

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

7.6.3. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку, дотримуючись умов Договору, самостійно оплатила вартість наданої їй медичної допомоги. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється шляхом безготівкового розрахунку. Якщо Застрахованою є неповнолітня особа, одержувачем страхової виплати згідно з умовами Договору страхування є її законний представник.

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

7.8. Якщо Програмою страхування передбачена власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (співоплата, франшиза), Застрахована особа зобов'язана оплатити частину

вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У випадках, якщо медичний заклад не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи, Страховик має право вимагати від Застрахованої особи провести самостійно повну оплату вартості медичних послуг, лікарських засобів, засобів медичного призначення, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування Застрахованій особі витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Представником Страховика до надання таких послуг.

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

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

- суми, що відповідає вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та парамедичних послуг.

- Ліміту страхової суми відповідно до Програми страхування.

- страхової суми, з вирахуванням всіх здійснених під час терміну дії Договору страхових виплат.

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

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

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

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

7.15. Якщо в момент настання страхового випадку були чинними Договори медичного страхування відносно Застрахованої особи інших страхових компаній, страхова виплата здійснюється у розмірі, пропорційному співвідношенню страхових сум, вказаних кожною страховою компанією, з урахуванням обмежень, встановлених в п. 7.10. цих Загальних умов.

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

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

7.16.2. Паспорт Вигодонабувача/Застрахованої особи.

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

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

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

7.16.6. 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).

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

7.17. 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.

7.18. 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.

7.19. 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.

7.20. 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.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

8.1.1. 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,

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

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

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

8.1.5. Несвоєчасне надання документів на страхову виплату (понад 30 календарних днів з моменту закінчення отримання медичних послуг).

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

8.1.7. Ненадання Страховику всіх необхідних документів, передбачених цим Договором, а також відомостей, необхідних для встановлення причин, характеру страхового випадку або події, яка має ознаки страхового випадку.

8.1.8. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

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

8.3. Застрахована особа може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні Страхової виплати у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

8.4. 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.

9. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

9.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:

9.1.1. випадків, коли строк дії договору страхування становить менше 30 календарних днів;

9.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування;

9.1.3. випадків, визначених [абзацом другим](#) частини першої статті 97 Закону України «Про страхування», у яких Страхувальник має право відмовитися від договору страхування протягом 45 днів.

9.2. Про намір відмовитися від договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

9.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

10.1. Будь-які зміни та доповнення до даного Договору страхування вносяться за взаємною згодою Сторін та оформляються у вигляді Додаткової угоди, яка підписується та скріплюється печатками Сторін (за наявності) та є невід'ємною частиною цього Договору страхування.

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

10.2.1. закінчення терміну дії цього Договору (у разі, якщо сторони не бажають його продовжити);

10.2.2. смерті Застрахованої особи/звільнення Застрахованої особи із займаної посади Страхувальника та подання Страхувальником відповідної інформації Страховику (у даному випадку дія Договору припиняється лише у відношенні до такої особи);

10.2.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором страхування у повному обсязі;

10.2.4. якщо Застрахованою особою вичерпано ліміт (кількість) звернень з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначені Програмою страхування (у даному випадку дія Договору припиняється лише у відношенні до такої особи);

10.2.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

10.2.6. ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством;

10.2.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.3. Договір страхування може бути достроково припинений на вимогу однієї зі Сторін. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору.

10.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору у розмірі 40% від розміру сплаченої страхової премії та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю.

10.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору відносно однієї Застрахованої особи, Страховик повертає Страхувальнику частку страхової премії, яка обчислюється пропорційно до періоду страхування, що залишився до закінчення терміну дії Договору, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору у розмірі 40% від розміру сплаченої страхової премії та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором відносно Застрахованої особи. Сума страхової премії, яка підлягає поверненню, може бути врахована (перенесена) в рахунок платежів наступного страхового періоду.

10.3.3. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачена страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з

укладенням та виконанням Договору у розмірі 40% від розміру сплаченої страхової премії та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором.

11. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

11.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати, Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальникові (Застрахованій особі) пені в розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості.

11.3. Спори, що випливають із умов Договору страхування 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.

11.4. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності відносно будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.

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

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

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач має звернутись до Страховика, контактні дані якого зазначені в Договорі страхування (страховому полісі/свідоцтві/сертифікаті).

12.2. Адреса для направлення документів/листування: 21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, 25, ПрАТ «Страхова компанія «Місто».

12.3. Номери телефонів: [0-800-211-118](tel:0-800-211-118); [0432-508-108](tel:0432-508-108).

12.4. Адреса електронної пошти: info@ic-misto.com.ua.

**ПРОГРАМИ ДО СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ХВОРОБИ (В ТОМУ ЧИСЛІ МЕДИЧНЕ
СТРАХУВАННЯ) ТА СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ
«СТРАХУВАННЯ ВЧИТЕЛІВ»», КОД 108/О**

ПРОГРАМА

МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВА ПРЕМІЯ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00
Страхова премія на одну Застраховану особу на один рік, грн.	4 380,00
Щомісячна страхова премія (страхова премія за один період страхування), грн.	365,00

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма медичного страхування «ДОСТУПНІ ЛІКИ» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної допомоги, в т.ч. забезпечення медикаментами/виробами медичного призначення, відповідно до умов Договору та даної Програми страхування, з приводу:	
- гострого захворювання;	
- хронічного захворювання в стадії загострення;	
- нешасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).	
РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА	
Рівень медичних закладів	Аптечні заклади усіх форм власності
Франшиза	Відсутня
Кількість звернень протягом строку дії Договору	Необмежена
ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»	
1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми за опцією «Амбулаторно-поліклінічна допомога» - у межах 2 000,00 гривень на один і кожен страховий випадок.	
Дана опція включає:	
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.	
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).	

**ПРОГРАМА
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
«СІМЕЙНИЙ ЗАХИСТ»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВА ПРЕМІЯ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	75 000,00
Страхова премія на одну Застраховану особу на один рік, грн.	7 140,00
Щомісячна страхова премія (страхова премія за один період страхування), грн.	595,00

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма медичного страхування «СІМЕЙНИЙ ЗАХИСТ» передбачає надання Застрахованій особі, працівникам підприємства та членам їх родин віком від 12 років до 70 років, протягом строку дії Договору, медичної допомоги (в т.ч. забезпечення медикаментами/виробами медичного призначення) відповідно до умов Договору та даної Програми страхування, з приводу:

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

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Рівень медичних закладів	Аптечні заклади усіх форм власності
Франшиза	Відсутня
Кількість звернень протягом строку дії Договору	Необмежена

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СІМЕЙНИЙ ЗАХИСТ»

1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми за опцією «Амбулаторно-поліклінічна допомога» - у межах 2 000,00 гривень на один і кожен страховий випадок.

Дана опція включає:

- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах 5 000,00 гривень на один і кожен страховий випадок.

- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.

- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

ПРОГРАМА

МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ПАНАЦЕЯ»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВА ПРЕМІЯ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	100 000,00 грн.
Страхова премія на одну Застраховану особу на один рік, грн.	18 960,00 грн.
Щомісячна страхова премія (страхова премія за один період страхування), грн.	1 580,00 грн.

ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

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

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

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ

Кількість звернень протягом строку дії Договору	необмежена
Рівень медичний закладів (аптеки, державні і комунальні, приватні)	А,Б,В

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ПАНАЦЕЯ»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах **2 500,00** гривень на один і кожен страховий випадок.

Дана опція включає:

- **Первинна консультація** спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (за виключенням КТ, МРТ органів грудної клітки (легень)).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар, в т.ч. проведення малих хірургічних втручань, проведення медичних процедур та маніпуляцій.
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).

- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: <https://ic-misto.com.ua/medical>).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах 5 000,00 гривень на один і кожен страховий випадок; лікування в стаціонарі не більше 2-х разів протягом строку дії Договору.

Дана опція включає:

- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації та оперативних втручаннях.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в т.ч. КТ та МРТ
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 400 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів або за цінами надання аналогічних послуг у Базовому медичному закладі, що зазначений на сайті Страховика: <https://ic-misto.com.ua/medical>).

3. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ

Ліміт страхової суми за опцією 2 000,00 гривень на період дії договору.

- Один курс лікування фітопрепаратами, вітамінами, противірусними препаратами за призначенням лікаря та за попереднім погодженням із Страховиком/Представником Страховика.

4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ (ЗА УМОВИ ВІДСУТНОСТІ ЗВЕРНЕНЬ ПРОТЯГОМ 11 МІСЯЦІВ ДІЇ ДОГОВОРУ (ОДНА ЗА ВИБОРОМ) ЛІМІТ НА ОДНУ/КОЖНУ ОПЦІЮ 2000,00 ГРН

4.1. «Попереджувальна діагностика»

Варіанти опцій:

Комплексна діагностика органів зору:

- Консультація лікаря-офтальмолога
- Перевірка власних окулярів (за наявності)
- Перевірка гостроти зору
- Підбір окулярів, рефракція та циклоплегія
- Біомікроскопія
- Офтальмоскопія
- Тонометрія
- УЗД ока або пахіметрія
- Тест Ширмера
- ОКТ макули/ДЗН
- ФОТО фундус/Периметрія

Комплексна діагностика органів хребта:

- Консультація хірурга/ортопеда/невропатолога/вертебролога
- ЕНМГ
- УЗД
- цифрова рентгенографія

-функціональна діагностика

4.2.«Оздоровчі послуги»

- абонемент на один місяць в спортивну/тренажерну залу;

- абонемент на один місяць відвідування оздоровчого/спортивного басейну;

- 10 сеансів оздоровчого масажу за призначенням лікаря

На вибір Страхувальника за погодженням зі Страховиком(або за переліком Страховика).