БРОКБІЗНЕС®
страхова компанія

вул. Білоруська, 3 м. Київ, 04050
e-mail: info@bbs.com.ua www.bbs.ua
0 (800) 500 123 (безкоштовно з стаціонарних та мобільних в Україні)

ПУБЛІЧНА ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

ОФЕРТА № 003

м. Київ **«30» січня 2019 р.**

4. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ

4.1. Ця публічна оферта (далі – Оферта) є офіційною пропозицією Страховика невизначеному колу дієздатних фізичних осіб укласти з Страховиком електронний договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір).
4.2. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до неї.
4.3. Страхувальником є дієздатна фізична особа, яка приєдналася до цієї оферти відповідно до положень статей 634, 642 Цивільного кодексу України та укладає з Страховиком договір шляхом акцептування цієї Оферти.
4.4. Договір укладається відповідно до «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» затверджених Державною комісією з ринків фінансових послуг України за номером 0310241 від 20.04.2010 року (Ліцензія АВ №547197 від 24.11.2010р.) (надалі – «Правил»)
4.5. Підписання Страхувальником ч. 1 Договору та сплата страхового платежу вважається безумовним прийняттям (акцептом) умов Оферти.
4.6. На вимогу однієї із сторін, Сторони зобов'язані відтворити Договір на паперовому носії протягом п'яти робочих днів з дня пред'явлення такої письмової вимоги.

5. ПРАВА ТА ОБОВЯЗКИ СТОРІН

5.1. Страхувальник має право:
5.1.1. Ознайомитися з умовами цього Договору страхування, Класом, Програмою страхування та Правилами страхування;
5.1.2. Визначити Застрахованих осіб;
5.1.3. Визначити страхову суму та Клас страхування для кожної Застрахованої особи;
5.1.4. Під час укладення Договору страхування ініціювати включення до переліку Застрахованих осіб, як працівників, так і тих, хто працює за договорами підряду, сумісників, а також членів їхніх сімей у разі прийняття Страхувальником рішення про страхування членів сім'ї кожного працівника (чоловік, дружина, діти) за умови отримання письмової згоди таких осіб на укладення Договору страхування на їхню користь. Включення нових осіб до переліку Застрахованих осіб здійснюється у порядку, передбаченому розділом 8 Договору;
5.1.5. У період дії Договору страхування ініціювати включення до переліку Застрахованих осіб нових працівників, які прийняті на роботу Страхувальником в період дії Договору страхування, або іншим чином отримали передбачене Договором страхування право на укладення Договору страхування на їхню користь. При включенні до переліку Застрахованих осіб нових працівників члени їхніх сімей можуть бути включені до переліку Застрахованих осіб одночасно зі страхуванням нового працівника на підставі декларації про стан здоров'я такої особи, а діти віком до 1 (одного) року додатково на підставі медичного висновку про стан здоров'я дитини від дільничного педіатра або копії виписки з пологового будинку. У період дії Договору страхування включення до переліку Застрахованих осіб членів сімей застрахованих працівників Страхувальника (крім членів сімей нових працівників Страхувальника, які оформили трудові відносини зі Страхувальником у період дії Договору страхування, або іншим чином отримали передбачене Договором право на страхування) допускається лише як виняток та з письмової згоди Страховика, яка може бути надана або ненадана Страховиком на його власний розсуд та залежно від стану здоров'я такої особи згідно з декларацією про стан здоров'я, заповненою такої особою, або медичним оглядом, проведеним Страховиком, а дітей віком до 1 (одного) року згідно з медичним висновком про стан здоров'я дитини від дільничного педіатра та копією виписки з пологового будинку. При цьому страхування цих осіб здійснюється Страховиком на інших умовах (індивідуальних), ніж страхування працівників Страхувальника;
5.1.6. Ініціювати внесення змін до переліку Застрахованих осіб (включення та (або) виключення Застрахованих осіб) в період дії Договору страхування з урахуванням умов розділу 8 цього Договору страхування;
5.1.7. У разі прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні Застрахованій особі страхової виплати оскаржити рішення Страховика в порядку, передбаченому цим Договором страхування і чинним законодавством України;
5.1.8. Отримати у період дії Договору страхування його дублікат у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору, для чого потрібно звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання дубліката. Після отримання дублікату Договору його втрачений оригінал вважається недійсним;
5.1.9. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору, під час дії Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування у порядку, визначеному у розділі 9 цього Договору/
5.2. Страхувальник зобов`язаний:
5.2.1. Своєчасно і в повному обсязі сплатити страховий платіж;
5.2.2. При укладенні Договору страхування письмово надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для оцінки ступеня страхового ризику та протягом дії Договору страхування письмово інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику;
5.2.3. Надати Страховику перелік осіб, які підлягають страхуванню та отримати їх згоду на укладення щодо них даного договору;
5.2.4. Інформувати Застрахованих осіб про умови Договору страхування, обов'язки Застрахованих осіб згідно з цим Договором, а також про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання та нещасного випадку;
5.2.5. Забезпечити збереження документів, що стосуються Договору страхування;
5.2.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування або виключення Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб повернути Страховику страхові документи (поліс, картку) такої Застрахованої особи, або в разі неповернення Страховику страхових документів (страхової картки, поліса) забезпечити неможливість використання страхових документів після припинення дії Договору страхування або виключення певної Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб. У разі неповернення страхових документів Страхувальником та отриманням Застрахованою особою, виключеною з переліку Застрахованих осіб, медичних послуг в ЛПУ Страхувальник відшкодовує Страховику витрати за надання виключеній зі списку Застрахованій особі медичних та інших послуг у повному розмірі витрат;
5.2.7. Після підписання Страхувальником цього Договору страхування або додаткового договору до цього Договору страхування повернути Страховику його примірник до дати, зазначеної у пункті 3.4 Договору як дата початку його дії або у відповідному додатковому договорі. Сторони дійшли згоди, що у разі невиконання цієї умови Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за страховими випадками, що сталися у період з 00 годин 00 хвилин дати початку дії Договору страхування до 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою повернення Страховику його примірника;
5.2.8. При укладенні цього Договору страхування письмово повідомити Страховика про інші чинні договори страхування, укладені щодо предмета цього Договору, і надалі письмово інформувати про всі договори страхування, що укладаються, з цим предметом договору;
5.2.9. Якщо після прийняття рішення про здійснення страхової виплати за Договором страхування виявиться така обставина, що за Договором або

чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє одержувача страхової виплати права на її отримання – повернути Страховику страхову виплату (чи її відповідну частину) і відшкодувати витрати Страховика на проведення розслідування та експертизи з метою визначення розміру заподіяної шкоди (частину витрат на експертизу, що відповідає співвідношенню частини страхової виплати, яка підлягає поверненню Страховикові, і суми страхової виплати за цим страховим випадком) протягом 10 (десяти) робочих днів з для отримання відповідної письмової вимоги від Страховика;

5.2.10. На вимогу Страховика, у разі збільшення ступеня страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи (згідно з пунктом 8.6 Договору), укласти додатковий договір до Договору про внесення відповідних змін до умов Договору щодо такої Застрахованої особи та сплатити додатковий страховий платіж тощо згідно з пунктом 8.5 Договору;

5.2.11. Виконувати інші обов'язки, передбачені цим Договором страхування, Правилами та чинним законодавством України.

5.3. Страховик має право:

5.3.1. Перевіряти достовірність даних, що йому надаються;

5.3.2. На отримання від Страхувальника або особи, яка підлягає страхуванню (Застрахованої особи), до укладення Договору страхування надання декларації про стан здоров'я або проведення медичного огляду такої особи;

5.3.3. Визначати для конкретних Застрахованих осіб (працівників Страхувальника та (або) членів їхніх сімей) індивідуальні умови страхування, зокрема, перелік страхових випадків, розмір страхового платежу, страхової суми, а також відмовити в укладенні Договору страхування щодо певних осіб;

5.3.4. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, в ЛПУ та інші організації, що мають інформацію про обставини настання страхового випадку;

5.3.5. Проводити, за необхідності, за власний рахунок обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви про здійснення страхової виплати за цим Договором страхування;

5.3.6. Відкласти прийняття рішення щодо страхової виплати Застрахованій особі до з'ясування обставин настання страхового випадку на строк до 30 (тридцяти) днів при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страхувальником або Застрахованою особою;

5.3.7. До моменту отримання усіх документів із переліку, визначеному у пункті 7.5.2. Договору страхування, або документів, оформлених з порушенням вимог пункту 7.5 цього Договору страхування, не приймати рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

5.3.8. Відкласти прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та провести з'ясування обставин настання події із Застрахованою особою або замовити проведення експертизи з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку та розміру виплати збитків, завданих настанням події – у разі ненадання Застрахованою особою належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та сплату послуг та які зазначені в пункті 7.5 цього Договору страхування, у строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки із стаціонару;

5.3.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, визначених у пункті 7.20 цього Договору страхування;

5.3.10. Направляти письмові претензії Страхувальнику щодо дій Застрахованої особи при отриманні нею послуг у ЛПУ, визначених Договором, Класом та Програмою страхування, з порушенням пункту 5.6.4 Договору страхування (у тому числі некоректної поведінки) і вимагати від Страхувальника ліквідації цих недоліків або дострокового припинення дії Договору страхування відносно цієї Застрахованої особи;

5.3.11. Включати додаткові ЛПУ до переліку Страховика (додаток 2) за заявою Страхувальника або за ініціативою Страховика.

Додаткові ЛПУ включаються до переліку Страховика за цим Договором страхування з визначенням конкретного Класу страхування, до якого включаються додаткові заклади, та конкретних умов (розміру) страхової виплати.

Включення додаткових закладів та умови відшкодування вартості послуг у таких закладах оформляються додатковим договором до Договору страхування;

5.3.12. Виключати ЛПУ з переліку Страховика (додаток 2) як окремо за Класами та Програмами страхування, так і за Договором страхування в цілому. Виключення ЛПУ (або призупинення надання послуг в такому закладі) здійснюється за умови розірвання (призупинення, припинення) дії договору між Страховиком та ЛПУ (аптекою):

- при невиконанні з боку ЛПУ умов договору між Страховиком та провайдером (медичним або іншим закладом) щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам;
- при виявлені фактів шахрайства з боку ЛПУ;
- у зв'язку з реорганізацією або ліквідацією такого закладу;
- при значному (на 25 % та більше порівняно з цінами на момент укладення Договору страхування) підвищенні цін на послуги в ЛПУ з переліку Страховика.

У такому разі ЛПУ, що надає послуги Застрахованим особам згідно з Класом та Програмою страхування, виключається з переліку закладів за Програмою страхування, або за згодою Страхувальника на послуги такого закладу встановлюється франшиза, розмір якої визначається за погодженням Сторін та оформлюється додатковим договором до цього Договору страхування.

Про наміри виключити ЛПУ з переліку Страховика (додаток 2) або змінити умови надання послуг у визначеному закладі Страховик письмово (факсимільно або електронною поштою) повідомляє Страхувальника за 10 календарних днів;

5.3.13. У разі змінення обставин, що мають суттєве значення для оцінки страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи, та збільшення ступеня страхового ризику (відповідно до пункту 8.6 Договору) протягом строку дії Договору діяти згідно з пунктом 8.5 Договору;

5.3.14. Достроково припинити дію Договору страхування згідно з розділом 9 цього Договору; ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору страхування.

5.4. Страховик зобов`язаний:

5.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування і Правилами страхування, а також з переліком ЛПУ, визначених для надання медичних та інших послуг відповідно до Класу та Програми страхування та зазначених у додатку 2 до Договору страхування;

5.4.2. Протягом 3 (трьох) днів з дати набрання чинності цим Договором страхування передати Застрахованим особам персональні страхові поліси (картки) та за необхідності пам'ятки про дії Застрахованої особи у разі настання страхового випадку;

5.4.3. Контролювати обсяг, якість і доцільність медичної допомоги, медичних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до умов Договору страхування, Класу та Програми страхування, чинних стандартів, протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини;

5.4.4. У разі настання страхового випадку організувати надання медичної допомоги, медичних та інших послуг в ЛПУ з переліку Страховика та інших закладах відповідно до Класу та Програми страхування та відповідно до інших умов цього Договору здійснити страхову виплату лікувальним та іншим закладам, які надавали послуги Застрахованим особам за направленням Страховика, або здійснити страхову виплату Застрахованій особі в обумовлений цим Договором страхування строк на умовах пункту 7.5 цього Договору страхування. При цьому медична допомога, медичні та інші послуги надаються відповідно до розкладу (режиму) роботи ЛПУ та графіку прийому лікарів;

5.4.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застрахованих осіб) та його (їхнє) майнове становище, крім випадків, встановлених законом, забезпечити конфіденційність у відносинах із Застрахованою особою, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

5.4.6. При отриманні письмової претензії Застрахованої особи або Страхувальника щодо недоліків при наданні медичних та інших послуг протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання такої претензії розглянути її та письмово поінформувати Страхувальника та Застраховану особу про вжиті заходи;

5.4.7. При наявності підтверджених фактів передачі Застрахованою особою страхових документів іншим особам достроково припинити дію цього Договору страхування відносно цієї Застрахованої особи з письмовим повідомленням Страхувальника про даний факт;

5.4.8. У разі звернення до лікувального або іншого закладу за отриманням послуг, передбачених Програмою та Класом страхування, протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

5.4.9. Якщо з об'єктивних причин, незалежних від Страховика (у разі ліквідації ЛПУ, зміні переліку послуг, що надаються ЛПУ тощо) Застрахована особа не може обслуговуватися в ЛПУ, відповідно до обраного Класу, забезпечити отримання послуг в іншому закладі згідно з Класом та Програмою страхування, в т.ч. з урахуванням умов п. 7.1.5 Договору;

5.4.10. Виконувати інші обов'язки, передбачені цим Договором страхування, Правилами та чинним законодавством України.

5.5. Права Застрахованої особи:

5.5.1. Застрахована особа або у випадках, передбаченим законом, її уповноважений представник (один із батьків, усиновитель, опікун тощо) також мають права, зазначені в пунктах 5.1.1 та 5.1.7 цього Договору страхування.

5.6. Застрахована особа зобов`язана:

5.6.1. Забезпечити зберігання страхових документів і не передавати їх іншим особам для отримання останніми послуг, передбачених цим Договором страхування. У разі втрати страхових документів невідкладно (але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів з дня виявлення) надати Страховику письмову заяву (в тому числі електронною поштою) про втрату страхових документів та отримати їх дублікат;

5.6.2. Під час укладення Договору та протягом строку його дії надавати інформацію Страховикові про всі відомі їй обставини, що збільшують ступень страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи (згідно з п. 8.6 Договору);

5.6.3. При звернені в ЛПУ Застрахована особа зобов'язана пред'явити координатору Страховика (адміністратору закладу) документ, що посвідчує її особу (з фотографією) та страховий поліс (картку);

У разі відсутності у Застрахованої особи страхового поліса (картки) ЛПУ з переліку Страховика має право відмовити Застрахованій особі в наданні послуг безкоштовно та запропонувати сплатити послуги за власний рахунок. В окремих випадках послуги можуть бути надані лише за умови телефонного або факсимільного підтвердження (гарантії) Страховиком відшкодування вартості надання послуг такій Застрахованій особі;

5.6.4. Виконувати всі рекомендації лікаря Страховика або співробітника Медичного асистансу Страховика (у тому числі щодо лікувально-профілактичного закладу, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку, встановленого в лікувальному закладі, а також дотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює відшкодування витрат, зазнаних (здійснених) внаслідок такого випадку, і додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

5.6.5. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до розділу 7 Договору страхування;

5.6.6. Надати Страховику заяву про здійснення страхової виплати Застрахованій особі у разі оплати медичних та інших послуг за власний рахунок та документи, що підтверджують настання страхового випадку та оплату послуг, зазначені в пункті 7.5 Договору страхування, в строк не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати настання страхового випадку, а у разі стаціонарного лікування – не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дня виписки зі стаціонару;

5.6.7. У разі оплати медичних або інших послуг, передбачених Класом та Програмою страхування, за власний рахунок надавати Страховику всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та розміру страхової виплати, а за необхідності здійснити обстеження у лікаря Страховика на умовах пункту 5.3.5 Договору страхування.

5.7. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, зобов'язання, зазначені у пунктах 5.6.1 – 5.6.7 цього Договору страхування, переходять до її уповноваженого представника (одного із батьків, усиновителя, опікуна тощо).

5.8. Надати Страховику доручення на отримання Страховиком даних в рамках даного Договору у ЛПУ, що містять персональні дані Застрахованої особи.

6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

6.1. За невиконання умов цього Договору страхування винна Сторона несе відповідальність, передбачену цим Договором страхування та чинним законодавством України. Збитки, завдані одній Стороні внаслідок невиконання або неналежного виконання іншою Стороною її зобов'язань за цим Договором страхування, винна Сторона відшкодовує у повному обсязі.

6.2. Відповідальність Страховика

6.2.1. Якщо на підставі пункту 7.5 цього Договору страхування Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих їй за власний рахунок, то за кожний день прострочення здійснення страхової виплати Страховик сплачує її одержувачу пеню в розмірі 0,01 % від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше 5% від суми заборгованості.

6.2.2. У випадку необґрунтованої відмови ЛПУ з переліку Страховика у наданні Застрахованій особі послуг, передбачених цим Договором страхування, неповного або неякісного надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, Страховик після отримання відповідної письмової заяви Застрахованої особи або Страхувальника у найкоротший строк вживає заходів для надання Застрахованій особі цих послуг у повному обсязі.

6.2.3. Обґрунтованість претензії Застрахованої особи (Страхувальника) визначається медичним експертом Страховика, а при недосягненні згоди Сторін з цього приводу – із залученням Сторонами або однією зі Сторін незалежних медичних консультантів.

6.3. Відповідальність Застрахованої особи (Страхувальника):

6.3.1. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані відшкодувати витрати на оплату вартості послуг лікувально-профілактичному закладу:

а) наданих внаслідок передачі Застрахованою особою особистих страхових документів третій особі та отримання останньою медичних та інших послуг, передбачених умовами Програми страхування відповідно до Класу страхування Застрахованої особи;

б) наданих внаслідок отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та інших послуг, не передбачених Класом. умовами Програми страхування для такої Застрахованої особи, а також надані на підприємствах, установах, закладах та (або) організаціях, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;

в) при ускладненні захворювання у разі порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікарняного режиму;

г) при отриманні медичних та інших послуг при зверненні до ЛПУ у стані або внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

ґ) у разі шахрайства або інших навмисних, протиправних дій, спрямованих на отримання незаконної вигоди від страхування (у тому числі симуляція хвороби при зверненні до Медичного асистансу) або спрямованих на настання страхового випадку;

д) при захворюваннях та травмах, отриманих внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав, особистою участю у військових діях, народних заворушеннях, страйках) та заняттям небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, дайвінгом, полюванням, мото- та автоспортом тощо),

е) при захворюваннях та травмах, отриманих Застрахованою. особою у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, при спробі самогубства;

ж)при захворюваннях і травмах, отриманих внаслідок форс-мажорних обставин, військових та соціальних конфліктів, техногенних катастроф, аварій, стихійних лих;

є) наданих внаслідок необґрунтованого виклику лікаря додому або швидкої (невідкладної) медичної допомоги (в тому числі використання санітарного транспорту): виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи, виклик здійснено не в медичних цілях, виклик здійснено для Застрахованої особи, яка знаходиться в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або абстинентного синдрому; при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною ним адресою або відмовляється від огляду, виклик (невідкладної) медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, яка не потребує надання екстреної медичної допомоги (з метою надання планових медичних консультацій тощо), виклик здійснено за соціальними показаннями (проживання далеко від клініки, відсутність автотранспорту, зайнятість на роботі або вдома, несприятливі кліматичні (погодні) умови тощо);

з) у разі відсутності Застрахованої особи на плановій консультації, якщо Застрахована особа не попередила ЛПУ та (або) Страховика про це не менш, ніж за 2 години до початку консультації;

и) у разі отримання послуг, вартість яких перевищує страхову суму (ліміт відповідальності Страховика), визначені Класом та Програмою страхування;

6.3.2. Витрати, зазначені в пункті 6.3.1 цього Договору страхування, повинні бути відшкодовані Страхувальником (Застрахованою особою) протягом 7 (семи) робочих днів з дня отримання ним відповідної письмової вимоги Страховика шляхом внесення необхідних коштів у касу ЛПУ. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково в односторонньому порядку, припинити, згідно з умовами розділу 9 Договору дію цього Договору страхування щодо Застрахованої особи, винної у завданні таких збитків, з дня, наступного за останнім днем строку відшкодування зазначених витрат. При цьому, повернення невикористаного страхового платежу не здійснюється.

6.3.3. У разі порушення Застрахованою особою інструкцій (розпоряджень) ЛПУ, медичних приписів, лікувально-організаційного режиму, некоректної поведінки застрахованої особи, ЛПУ вправі відмовити цій Застрахованій особі в подальшому наданні послуг з наступним повідомленням про це Страховика. При наявності офіційного письмового повідомлення з боку ЛПУ про таке порушення, Страховик повідомляє Страхувальника та

вправі в односторонньому порядку припинити дію Договору страхування щодо такої Застрахованої особи на умовах розділу 9 Договору страхування.

6.4. Форс-мажор

6.4.1. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за цим Договором страхування у разі виникнення дії форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили), що мало місце під час дії форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили), на строк дії зазначених обставин.

6.4.2. Сторони дійшли згоди, що форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) є надзвичайні та невідворотні обставини, що об'єктивно унеможливлюють виконання зобов'язань, передбачених умовами цього Договору, обов'язків згідно із законодавчими та іншими нормативними актами України.

6.4.3. Сторона, яка зазнала впливу дії обставин форс-мажору, зобов'язана протягом не більш ніж 24 годин (а якщо це неможливо внаслідок дії обставин форс-мажору – у найкоротші можливі строки) повідомити іншу Сторону про настання, строк дії та межі, в яких ці обставини перешкоджають виконанню Договору страхування. Зазначена Сторона зобов'язана також надати іншій Стороні виданий Торгово-промисловою палатою України сертифікат, який підтверджує факт настання та строк дії обставин форс-мажору. Вимога про надання офіційного підтвердження не поширюється на загальновідомі факти, що висвітлювалися у центральних ЗМІ, інших офіційних джерелах.

6.4.4. Ненадання підтвердження, зазначеного у пункті 6.4.3 цього Договору страхування, позбавляє зацікавлену Сторону посилатись на дію обставин форс-мажору як обставини, що звільняють від відповідальності.

6.4.5. Строк виконання зобов'язань за Договором страхування продовжується на строк дії обставин форс-мажору. Після припинення дії зазначених обставин Сторони продовжують виконання зобов'язань за Договором страхування, якщо письмово не погодять інше.

7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

7.1. При розладі здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, нещасним випадком та для отримання послуг, передбачених Програмами страхування відповідно до Класу страхування, Застрахована особа повинна звернутися:
до Страховика (асистансу Страховика) за телефонами, вказаними в картці застрахованої особи, за тел. 044-599-54-04, 044-599-54-64, 067-443-74-30 (Viber), або безпосередньо до служби невідкладної медичної допомоги (якщо на момент настання страхового випадку зв'язок із Страховиком був неможливий, за необхідності надання Застрахованій особі невідкладної медичної допомоги при настанні страхового випадку, що загрожує життю Застрахованої особи).

7.1.1. Застрахована особа зобов'язана повідомити лікарю Страховика своє прізвище, ім'я та по батькові, номер страхового поліса (картки), причину звернення (скарги), контактний телефон.

7.1.2. Лікар Страховика направляє Застраховану особу в ЛПУ, відповідно до Програми і Класу страхування та конкретного страхового випадку. Підбір ЛПУ відноситься до компетенції лікаря Страховика.. Застрахована особа зобов'язана пред'явити в ЛПУ документ, що посвідчує особу (з фотографією) та страховий поліс (картку).

7.1.3. При самостійному виклику бригади невідкладної медичної допомоги ЛПУ з переліку Страховика Застрахована особа (або той, хто викликає бригаду), обов'язково повинна проінформувати службу невідкладної медичної допомоги про наявність цього Договору страхування та диспетчерський пункт Медичного асистансу Страховика про самостійний виклик бригади (в іншому випадку та (або) у разі подвійного виклику бригади невідкладної медичної допомоги вартість виклику Застрахована особа сплачує самостійно).

7.1.4. Застрахована особа повинна попередити працівників ЛПУ (лікаря) про наявність укладеного щодо неї Договору страхування та можливість звернення Страховика із запитами для отримання додаткової інформації в тому числі, що містить персональні данні, необхідної для з'ясування обставин і причин настання страхового випадку, а також інформації щодо стану здоров'я Застрахованої особи, та надати письмовий дозвіл на надання медичною установою такої інформації Страховикові.

7.1.5. Якщо Застрахована особа на час настання страхового випадку відповідно до умов цього Договору знаходиться у населеному пункті Донецької або Луганської областей України, або АР Крим та (або) населеному пункті, на території якого проводиться антитерористична операція, військові дії та (або) збройні конфлікти, Страховик організовує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у найближчій ЛПУ, яка створена та діє відповідно до чинного законодавства України та знаходиться в іншому населеному пункті України, на території якого органи державної влади України здійснюють свої повноваження в повному обсязі.

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

7.2.1. При станах, які потребують ліжкового режиму та візиту лікаря додому:

7.2.1.1. Про необхідність надання послуги Застрахована особа інформує лікаря Страховика та заявляє про необхідність виклику лікаря, але не пізніше 16:00 години в м. Києві та 12:00 години за межами Києва.

7.2.1.2. Лікар Страховика організовує виїзд лікаря до Застрахованої особи протягом 3 – 5 годин у місті Києві (протягом дня – для інших міст) з моменту отримання заявки від Застрахованої особи при наявності гострого захворювання та загострення хронічного захворювання при станах, що потребують ліжкового режиму. У разі звернення до Страховика пізніше вказаного часу, Страховик організовує виїзд лікаря наступного дня.

7.2.1.3. При виклику лікаря за межі населеного пункту, у якому знаходиться ЛПУ, вартість проїзду (транспортні витрати) лікаря в обидва боки, Застрахована особа сплачує самостійно, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

7.2.1.4. Неможливість організації амбулаторної допомоги Застрахованій особі, в тому числі виклику лікаря додому, при зверненні у вечірні години (з 16:00 до 9:00) або у вихідні та (або) святкові дні не є підставою для виклику бригади швидкої допомоги, якщо не має загрози життю Застрахованої особи.

7.2.2. Заявку на отримання планової медичної допомоги (планові обстеження та консультації), Застрахована особа повинна надати лікарю Страховика по телефону чи електронною поштою не менше, ніж за 2 (два) робочі дні до бажаної дати консультації чи обстеження. Лікар Страховика організовує планові консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до ЛПУ та повідомляє про це Застраховану особу не пізніше , ніж за 1 (один) календарний день до встановленої дати проведення консультації або діагностичного обстеження.
Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації організовуються за направленням лікуючого лікаря або терапевта або лікаря Страховика лише у тому разі, якщо симптоми захворювання потребують огляду (консультації) такого спеціаліста. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організовуються виключно при гострих станах, при цьому вибір ЛПУ належить до компетенції Страховика.
За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень в день звернення Застрахованої особи до Страховика, останній може записати Застраховану особу на проведення дослідження без встановлення конкретного часу для звернення.
При призначенні лікарем ЛПУ з переліку Страховика медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому медичному закладі, Застрахована особа телефонує до лікаря Страховика за телефонами, зазначеними в страховому полісі (картці), та за його направленням відвідує визначений лікарем інший консультативно-діагностичний медичний заклад, згідно з Програмою і Класом страхування Застрахованої особи та конкретним страховим випадком.

7.2.3. При призначенні лікарем медикаментозного лікування, Застрахована особа отримує у лікаря ЛПУ з переліку Страховика рецепт на бланку Страховика та звертається за ліками до ЛПУ (аптечних закладів) з переліку Страховика. У разі відсутності рецепта на бланку Страховика та (або) відсутності медикаментів в ЛПУ з переліку Страховика, Застрахована особа інформує співробітника Медичного асистансу Страховика, який рекомендує аптечний заклад, де можна забрати ліки, або організовує доставку ліків додому, в офіс, або стаціонар, де перебуває Застрахована особа. Доставка організовується протягом 5 – 12 годин, лише у разі наявності такої послуги в місці перебування Застрахованої особи. Заявка про доставку ліків приймається у робочі дні до 15:00 год. та виконується до 22:00 год. у робочі дні в місті Києві. Якщо заявка на доставку ліків подана після 15:00 год., доставка виконується на наступний день. В окремих випадках, за письмовим (або телефонним) узгодженням з працівником Медичного асистансу Страховика, Застрахована особа може придбати ліки за власні кошти. У такому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати за узгоджений перелік медикаментів.

7.2.4. При лікуванні в поліклінічних умовах загострення хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, Страховик забезпечує (відшкодовує) вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я Застрахованої особи, але не більше ніж на 30 (тридцять) календарних днів, якщо інше не передбачено Програмою страхування.

7.3. Страховик забезпечує (відшкодовує) лікування не більше двох загострень кожного хронічного захворювання, що не є виключенням зі страхових випадків, в поліклінічних умовах, або одного курсу стаціонарного лікування та одного курсу лікування в поліклінічних умовах протягом строку дії Договору страхування.

7.4. При зверненні до ЛПУ за направленням Страховика та отримання ліків за рецептом Страховика, Застрахована особа одержує медичні та інші послуги, в тому числі медикаменти згідно з Програмою та Класом страхування.. У такому випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі шляхом перерахування на рахунок ЛПУ вартості отриманих Застрахованою особою медичних та інших послуг, в тому числі медикаментів. Виплати здійснюються на підставі документів, наданих ЛПУ.

7.5. При намірі Застрахованої особи звернутися до будь-якого медичного закладу поза переліком Страховика, Застрахована особа обґрунтовує причину звернення до ЛПУ по телефону або електронною поштою та узгоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги) зі Страховиком медичний заклад (назву медичного закладу, телефон і лікаря, до якого бажає звернутися), перелік медичних послуг та розмір відшкодування вартості узгоджених медичних послуг, який гарантовано відшкодовується Страховиком. Лікар узгоджує звернення Застрахованої особи в медичний або інший заклад поза переліком Страховика, обумовлених Договором страхування, лише у разі обґрунтованості такого звернення (неможливості отримання необхідних медичних та інших послуг, передбачених Класом і Програмою страхування в ЛПУ з переліку Страховика), окрім випадків надання невідкладної допомоги. У такому разі Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає заяву Страховику про відшкодування витрат за оплачені нею послуги. Страховик здійснює страхову виплату лише за узгоджені та гарантовані до відшкодування медичні послуги та медикаменти безпосередньо Застрахованій особі або довіреній особі чи опікуну.

7.5.1. Якщо Застрахована особа (її представник) самостійно звернулася до ЛПУ не з переліку Страховика для отримання невідкладної медичної допомоги, вона зобов'язана негайно, як тільки з'явиться можливість, повідомити Страховика про звернення чи перебування в ЛПУ (амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному, стоматологічному тощо), не передбаченому Класом, Програмою та Договором страхування, та його місцезнаходження. У разі не повідомлення Страховика про таке звернення до ЛПУ не з переліку Страховика без поважних на те причин, Страховик не відшкодовує Застрахованій особі її витрати на оплату медичних послуг, отриманих в такому медичному закладі.

7.5.2. **<u>Для отримання страхової виплати</u>** Застрахована особа надає Страховику заяву на виплату встановленої Страховиком форми (додаток 5) з наданням всіх документів, оформлених відповідно до вимог чинного законодавства України, що підтверджують настання страхового випадку та оплату Застрахованою особою медичних послуг (медикаментів), а саме:

7.5.2.1. Довідку лікаря ЛПУ (виписка з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до ЛПУ, перелік наданих послуг з повною калькуляцією їх вартості та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря або ЛПУ;

7.5.2.2. Фіскальний чек (в разі відсутності в ЛПУ касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера або квитанцію банку), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), про сплату отриманих медичних та інших послуг;

7.5.2.3. .Рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (у разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів додатково надається товарний чек);

7.5.2.4. У разі придбання ліків в період лікування в стаціонарі Застрахована особа додатково надає довідку лікаря, завірену печаткою ЛПУ, про відсутність в ЛПУ відповідних ліків, які за визначенням лікаря необхідні для проведення призначеного курсу лікування;

7.5.2.5. .У разі отримання медичних та інших послуг у приватного підприємця (фізичної особи – СПД, суб'єкта господарювання), додатково надається копія його свідоцтва платника податків за поточний рік, а при звернені в будь-який лікувальний заклад приватної форми власності поза переліком Страховика - також копія його ліцензії на надання медичних та інших послуг, рекомендованих (призначених) Застрахованій особі;

7.5.2.6. У разі отримання стоматологічних послуг на суму більше ніж 3 000 грн (якщо це передбачено Програмою і Класом страхування), Застрахована особа надає результати проведеної перед початком лікування ортопантомограми (копію консультативного висновку, рентген тощо);

7.5.2.7. У разі отримання оздоровчих послуг (якщо це передбачено Програмою і Класом страхування), Застрахована особа надає фінансовий документ про оплату послуг (фіскальний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер), акт виконаних робіт або довідку з оздоровчого закладу з детальною калькуляцією отриманих послуг (назва, дата, вартість та кількість отриманих послуг), копію ліцензії та копію свідоцтва про сплату єдиного податку (в разі отримання послуг в приватних установах – ПП або СПД);

7.5.2.8. Копію документа, що посвідчує особу одержувача виплати, та копію довідки державної податкової адміністрації про присвоєння Застрахованій особі (в т.ч. для дітей) ідентифікаційного номера. У разі отримання виплати довіреною особою Застрахованої особи – довіреності, яка видана Застрахованою особою і оформлена нею в установленому порядку, копії довідки державної податкової інспекції про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі (в т.ч. для дітей) та паспорта особи, яка отримує виплату за довіреністю.

7.5.2.9. Інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про здійснення виплати та розрахування розміру страхової виплати або про відмову здійснити страхову виплату.

7.5.3. **<u>До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:</u>**

- документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;
- довідки, талони, накладні, консультативні висновки, акти виконаних робіт, калькуляції витрат, товарні чеки аптечних закладів та ін. без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати отриманих медичних та інших послуг або медикаментів;
- квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;
- товарні чеки від приватних підприємців (СПД, ПП) без номера, підпису або печатки приватного підприємця;
- замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури ЛПУ без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій), що підтверджують факт оплати наданих Застрахованій особі послуг або медикаментів;
- копії фінансових документів;
- квитанції про сплату благодійних внесків.

7.5.4. У разі смерті Застрахованої особи Страховик здійснює страхову виплату спадкоємцю такої Застрахованої особи у порядку згідно з чинним законодавством України.

7.5.5. Зазначені у пункті 7.5.2 Договору страхування документи надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально посвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

7.5.6. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та (або) в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову здійснити страхову виплату здійснюється після усунення (виправлення) цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальника та Застраховану особу в письмовій формі протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання таких документів.

7.5.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, за рішенням Страховика може бути зменшено перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку і які повинні бути надані Страховикові.

7.6. **Страховик не відшкодовує:**

7.6.1. Витрати, пов'язані із лікуванням Застрахованої особи з груп захворювань (виключення із страхових випадків), зазначених у додатку 3 до Договору страхування та у пункті 6.3 Договору;

7.6.2. Витрати на послуги в ЛПУ з переліку Страховика не передбачені конкретною Програмою страхування відповідно до Класу страхування Застрахованої особи, отримання деяких послуг (у тому числі ведення вагітності) в ЛПУ з переліку Страховика, але не призначених для надання цих послуг; витрати на медичні послуги отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг; витрати на медичні та інші послуги, товари (вироби) медичного призначення, окрім випадків, якщо це передбачено умовами Договору (Класом страхування), витрати на медичні та інші послуги, сплачені Застрахованою особою, отримані при порушенні п.7.5 цього Договору та у разу порушення строку для звернення за страховою виплатою відповідно до п. 5.6.6 цього Договору;

7.6.3. Витрати на амбулаторне, стаціонарне лікування по захворюванню, що розпочалося до початку дії Договору, та потребує подальшого лікування, крім лікування захворювань Застрахованих осіб, які були застраховані за договором страхування, укладеним між Страховиком та Страхувальником у попередньому періоді;

7.6.4. Витрати на медичні та інші послуги, які призначені протягом строку дії Договору страхування, але отримані після його закінчення або після дострокового припинення дії Договору страхування, за винятком обставин, коли страховий випадок, пов'язаний із невідкладним стаціонарним лікуванням, що розпочате в період дії Договору страхування. У такому випадку Страховик відшкодовує витрати на невідкладне стаціонарне лікування як в період, так і після закінчення дії або дострокового припинення дії Договору страхування до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару,

але не більше ніж протягом 10 (десяти) календарних днів після закінчення дії Договору страхування;

7.6.5. Витрати на послуги, надання яких не погоджене зі Страховиком, в ЛПУ як з переліку Страховика, так і поза цим переліком;

7.6.6. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження, окрім випадків, коли лікуючий лікар медичного закладу видає письмове направлення на додаткову консультацію (обстеження), або Застрахована особа письмово звернулася з заявою до лікаря Страховика з обґрунтуванням поважних причин про необхідність альтернативної консультації (обстеження) та отримала згоду Страховика;

7.6.7. Витрати на послуги (у тому числі вартість медикаментів), щодо яких Застрахованою особою були надані неправдиві відомості про факт та обставини страхового випадку, за наявності виправлень в документах, що суттєво впливають на прийняття рішення (виправлення дати звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, діагнозу, тощо);

7.6.8. Витрати на послуги (у тому числі вартість медикаментів), у разі відмови Застрахованої особи на вимогу Страховика пройти додаткове медичне обстеження або огляд представниками медичного закладу для підтвердження встановленого їй діагнозу та необхідності отриманих послуг;

7.6.9. Витрати на оплату медичних послуг (у тому числі вартість медикаментів), що пов'язані із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі/їх законні представники під час заповнення декларації про стан здоров'я (при оформленні такої декларації на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Застрахованою особою/ їх законними представниками Страховик, та не зазначені в декларації про стан здоров'я.

7.6.10. Витрати на оплату медичної допомоги, медичних та інших послуг, отримані Застрахованою особою в ЛПУ, підприємствах, установах, закладах та (або) організаціях, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України.

7.7. **На страхування не приймається** особа, яка на момент укладення Договору:

а) є інвалідом І групи;

б) перебуває на обліку в психоневрологічному, наркологічному, протитуберкульозному, шкірно-венерологічному чи інших спеціалізованих диспансерах або центрі профілактики та боротьби зі СНІДом;

г) вживала або вживає наркотичні препарати;

ґ) хворіє на ревматизм, вади серця, гепатит В або С, цироз печінки, туберкульоз, цукровий діабет, гломерулонефритом, хронічну ниркову недостатність, менінгіт, енцефаліт, розсіяний склероз, епілепсією, паркінсонізм, злоякісні новоутворення (пухлини, рак, лейкоз), психічні захворювання (шизофренією та іншими), венеричні захворювання, СНІД, ВІЛ-інфекцію, алкоголізм. При цьому страхування цих осіб може здійснюватися Страховиком, за умови надання декларації про стан здоров'я такої особи на інших умовах (індивідуальних), ніж страхування працівників Страхувальника.

7.8. Страховик не здійснює страхову виплату за послуги (у тому числі вартість медикаментів), призначення яких не відповідає чинним стандартам, протоколам діагностики, лікування тощо, рекомендованим і затвердженим Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), що базуються на принципах доказової медицини, і не здійснює оплату цих послуг ЛПУ та Застрахованій особі. Не відшкодовуються послуги (у тому числі вартість медикаментів), пов'язані з поліпрагмазією, профілактичними або експериментальними діагностичними обстеженнями.

7.9. Якщо на момент настання страхового випадку Страхувальник має чинний договір страхування щодо предмета цього Договору страхування з іншою страховою компанією, то Страховик здійснює страхову виплату в розмірі тієї частини збитку, яка пропорційна розміру страхової суми за Договором страхування.

7.10. Загальний розмір суми здійснених страхових виплат при настанні страхових випадків протягом строку дії Договору страхування не може перевищувати страхову суму, встановлену для Застрахованої особи.

7.11. У разі здійснення страхової виплати обсяг відповідальності Страховика (максимальний розмір страхової виплати, який на момент укладення Договору страхування дорівнює відповідній страховій сумі) для Застрахованої особи зменшується на розмір здійсненної виплати.

7.12. Якщо у місці настання страхового випадку немає ЛПУ з переліку Страховика або відсутня отримана Застрахованою особою послуга в переліку послуг ЛПУ з переліку Страховика, Страховик відповідно до пункту 7.5.2 Договору страхування відшкодовує вартість послуг, отриманих Застрахованою особою:

а) у державних та відомчих ЛПУ – у розмірі 100 % вартості отриманих медичних послуг незалежно від Класу страхування;

б) у приватних ЛПУ залежно від Класу страхування згідно Додатків 1, 2 до Договору.

При цьому вартість медикаментів відшкодовується у розмірі 100 %.

7.13. Якщо Застрахована особа за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість одержаних медичних та (або) інших послуг, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі, розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати.

7.14. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі відповідно до умов Договору страхування у разі самостійної оплати останньою отриманих медичних та інших послуг і придбаних медикаментів на підставі заяви Застрахованої особи і страхового акта, який складає Страховик або уповноважений лікар Страховика на підставі документів, наданих Застрахованою особою і що підтверджують факт настання страхового випадку відповідно до пункту 7.5.2 Договору страхування.

7.15. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та необхідні для здійснення страхової виплати відповідно до пункту 7.5.2 Договору страхування, Страховик:

7.15.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату шляхом перерахування суми страхової виплати на рахунок Застрахованої особи або через касу Страховика у м. Києві;

7.15.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення;

7.15.3. Приймає обґрунтоване рішення про відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати відповідно до пункту 7.17 Договору страхування. Страховик письмово повідомляє одержувача страхової виплати про прийняття такого рішення протягом 10 (десяти) робочих днів з дня його прийняття.

7.16. У разі виникнення спорів між Сторонами щодо причин і розміру збитків кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи за рахунок Сторони, яка вимагає її проведення. У разі визнання події страховим випадком Страхувальникові відшкодовується оплачена вартість експертизи в межах страхової суми.

7.17. **Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати якщо:**

7.17.1. У Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей і документів. Строк прийняття рішення про здійснення страхової виплати (відмову у виплаті) продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів і відомостей про обставини, причини настання страхового випадку, вартість отриманих медичних та інших послуг, інших документів відповідно до пункту 7.5.2 Договору страхування;

7.17.2. На підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір завданого збитку. У цьому випадку з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру збитку Страховик має право провести додаткову перевірку обставин, направляти запити до компетентних органів або замовити проведення експертизи (дослідження тощо), яку проводить незалежний фахівець (експерт), який має відповідно до чинного законодавства України належні повноваження. Рішення про виплату або відмову здійснити страхову виплату Страховик приймає не пізніше 10 (десяти) робочих днів після складення Страховиком документа про результати проведення додаткової перевірки, отримання відповідей на запити або отримання звіту про експертизу (дослідження тощо), але не пізніше ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів від дня одержання останнього документа з переліку документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку;

7.17.3. Органом державної влади, уповноваженим розпочати досудове розслідування, щодо події, що може бути визнана страховим випадком, було розпочате досудове розслідування, протягом здійснення якого Страхувальника (Застрахованої особи, іншої особи, на користь якої укладено Договір) було визнано підозрюваним або обвинуваченим, рішення про здійснення або відмову здійснити страхову виплату приймається Страховиком після закриття кримінального провадження, зупинення досудового розслідування або винесення вироку суду.

7.18. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, ЛПУ відповідно до умов Договору страхування на підставі документів, обумовлених договором між Страховиком та ЛПУ, що підтверджують факт настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг, а також страхового акта, який складає Страховик або уповноважений лікар Страховика.

7.19. Страховик оплачує вартість одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг ЛПУ в порядку і строки, встановлені договором

між Страховиком і зазначеними установами.

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

7.20.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянських або службових обов'язків, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності й ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника й інших зазначених у цьому пункті осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

7.20.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою, Застрахованою особою або особою, на користь якої укладений Договір страхування, членами їхніх сімей, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

7.20.3. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру й розміру завданого збитку;

7.20.4. Виключення зі страхових випадків, передбачені у пункті 7.6 Договору страхування та Додатку 3 до даного Договору;

7.20.5. Невиконання Страхувальником зобов'язань, передбачених у пункті 5.2 цього Договору страхування;

7.20.6. Інші випадки, передбачені законом.

8. УМОВИ ВКЛЮЧЕННЯ ДО ПЕРЕЛІКУ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ ІНШИХ ОСІБ (ДОСТРАХУВАННЯ) ТА ВНЕСЕННЯ ІНШИХ ЗМІН ДО ПЕРЕЛІКУ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

8.1. У разі виникнення необхідності у внесенні нових осіб до переліку Застрахованих осіб, внесення змін до Класів, Програм страхування, заміні виключених осіб за цим Договором страхування, Страхувальник направляє Страховику заяву (за формою Страховика) факсом, або скановану копію електронною поштою, в якій зазначає всі необхідні відомості (ПІБ, дату народження, фактичну адресу проживання, контактні телефони, Клас страхування, номер поліса (стосується осіб, які виключаються з переліку). Після надходження заяви Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів оформляє додатковий договір про внесення змін до Договору страхування та надає до підпису Страхувальнику. Додатковий договір з визначеними змінами набирає чинності з дати, що зазначена у такому додатковому договорі, але не раніше дати його підписання обома Сторонами.

Внесення до переліку Застрахованих осіб нових осіб – працівників Страхувальника, членів сім'ї працівників, виключення осіб із цього переліку, заміна осіб у переліку Застрахованих осіб, зміна Класу та Програми страхування здійснюється на нижчезазначених умовах.

8.1.1. Якщо протягом строку дії цього Договору страхування Страхувальник включає до переліку Застрахованих осіб – нових працівників згідно з пунктом 5.1.5 Договору страхування, Страховик здійснює перерахунок загального страхового платежу, розмір якого визначається згідно з таблицею коефіцієнтів, які застосовуються до страхового платежу, обумовленого цим Договором, Класом і Програмою страхування на дату укладення Договору страхування, залежно від строку страхування. Відповідно перераховується страхова сума та ліміти за окремими Класами та Програмами страхування.

Таблиця коефіцієнтів, які застосовуються при розрахунку загального страхового платежу та лімітів на окремі Програми страхування. При цьому неповний місяць страхування, вважається повним.

Кількість місяців, що залишилися до закінчення строку дії Договору	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт до розміру страхового платежу та лімітів відповідальності	1/12	2/12	3/12	4/12	5/12	6/12	7/12	8/12	9/12	10/12	11/12	1

8.1.2. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім'ї працівника (чоловік, дружина, діти) можливе лише протягом першого місяця дії цього Договору страхування.

Страховий платіж при цьому встановлюється відповідно до Класу та Програми страхування, передбаченої Договором страхування для працівника Страхувальника, член сім'ї якого включається до переліку Застрахованих осіб.

8.1.3. Включення до переліку Застрахованих осіб – членів сім'ї працівника (чоловік, дружина, діти) після першого місяця дії Договору страхування можливе за лише базовими програмами („Поліклініка", „Стаціонар", „Медикаменти", „Невідкладна медична допомога") та тарифами Страховика для фізичних осіб з урахуванням висновків акта передстрахової експертизи, складеного на підставі декларації про стан здоров'я члена родини працівника, а у дітей до 1 (одного) року додатково згідно з консультативним висновком педіатра та копії виписки з пологового будинку. Строк страхування для додатково застрахованої особи – члена сім'ї працівника визначається за кількістю місяців, що залишилися до закінчення дії такого Договору страхування, при цьому розмір страхового платежу визначається згідно з таблицею коефіцієнтів, зазначеної в пункті 8.1.1 Договору страхування, які застосовуються до страхового платежу залежно від строк страхування, і відповідно перераховується страхова сума та ліміти за окремими Програмами страхування.

8.1.4. Перехід, за бажанням Застрахованої особи, із одного Класу страхування до іншого не здійснюється, окрім випадків, коли перехід до іншої Програми передбачений корпоративною політикою Страхувальника (зокрема, перехід Застрахованої особи на іншу посаду).

Додатковий страховий платіж, страхова сума та ліміти на окремі Програми страхування для такої Застрахованої особи визначається за формулою:

$$S = (A - B)/365) * C,$$

де: S – додатковий страховий платіж (страхова сума, ліміти);

A – річний страховий платіж (страхова сума, ліміти) згідно з новим Класом страхування;

B – річний страховий платіж (страхова сума, ліміти) згідно з старим Класом страхування;

C – строк дії Договору (у днях) для Застрахованої особи згідно з новим Класом страхування.

8.1.5. Якщо протягом строку дії цього Договору страхування Страхувальник замінює Застраховану особу – працівника Страхувальника, щодо якої не здійснювались страхові виплати, то ця заміна здійснюється без повернення страхового платежу за цю особу та без сплати страхового платежу за особу, яка підлягає страхуванню та оформляється додатковим договором, який набирає чинності з дня, зазначеного у ньому, але не раніше дня підписання Сторонами такого додаткового договору.

8.1.6. Якщо протягом строку дії цього Договору страхування Страхувальник виключає з переліку Застрахованих осіб будь-яку особу, Договір страхування щодо такої особи припиняється з дати, зазначеної у відповідній заяві Страхувальника.

У такому випадку Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачений страховий платіж для такої Застрахованої особи за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 30 % страхового платежу (визначених при розрахунку страхового тарифу) та фактичних страхових виплат, що були здійснені цій Застрахованій особі за цим Договором страхування.

8.2. Розрахунок страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику, Страховик здійснює після проведення всіх розрахунків з ЛПУ з переліку Страховика, але не пізніше 45 (сорока п'яти) днів з дати виключення Застрахованої особи із переліку Застрахованих осіб.

8.3. Повернення страхового платежу Страхувальнику здійснюється протягом 10 (десяти) календарних днів після підписання Сторонами відповідного додаткового договору до цього Договору страхування.

8.4. За домовленістю Сторін сума, що підлягає поверненню Страхувальнику, за письмовою заявою Страхувальника зараховується як черговий страховий платіж за цим Договором страхування, про що зазначається у додатковому договорі до цього Договору.

8.5. У разі змінення обставин, що мають суттєве значення для оцінювання ступеню страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи, та збільшення ступеня страхового ризику Страховик оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про встановлення індивідуальних умов страхування для такої Застрахованої особи та внесення відповідних змін до умов Договору (зокрема, зміна переліку страхових випадків, розміру страхової суми; сплата додаткового страхового платежу), про продовження дії Договору щодо такої особи на попередніх умовах або про виключення такої особи з Переліку Застрахованих осіб. В останньому випадку Страховик повертає Страхувальникові частину страхового платежу щодо такої Застрахованої особи за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу у розмірі 30 % страхового платежу та фактичних страхових виплат, здійснених за Договором щодо такої особи.

8.6. За Договором обставинами, що збільшують ступень страхового ризику щодо конкретної Застрахованої особи, вважаються виникнення та (або) діагностування у Застрахованої особи захворювань (станів), передбачених у п. 7.7 Договору та (або) у переліку виключень зі страхових випадків (Додаток 3 до Договору страхування).

9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Місце (територія) дії Договору страхування – Україна, крім населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження.

9.2. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

9.2.1. Закінчення строку дії Договору страхування;

9.2.2. Несплати Страхувальником страхового платежу (першої частини) відповідно до умов передбачених у Розділі **Ошибка! Источник ссылки не найден.** Договору, чергової частини страхового платежу в розмірі та строки, передбачені Договором страхування. При цьому Сторони дійшли згоди, що Страховик не зобов'язаний пред'являти Страхувальникові вимогу про необхідність сплатити страховий платіж (його чергову частину);

9.2.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

9.2.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

9.2.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування";

9.2.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

9.2.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.3. Дію Договору страхування також може бути припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. У такому випадку Сторона, яка вимагає дострокового припинення дії Договору страхування (Страхувальник або Страховик), направляє іншій Стороні відповідне повідомлення не менш ніж за 10 (десять) календарних днів до дати дострокового припинення дії Договору страхування. Таке дострокове припинення дії Договору страхування вважатиметься односторонньою відмовою від Договору страхування.

9.4. У разі дострокового припинення дії цього Договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

9.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

9.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

9.7. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

9.8. Належна до повернення частина страхового платежу повинна бути виплачена протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії цього Договору страхування.

9.9. У разі дострокового припинення дії Договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснене в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

9.10. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків:

9.10.1. Здійснення страхових виплат; або

9.10.2. Прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснити страхову виплату.

9.11. У випадку смерті Застрахованої особи або втрати нею дієздатності протягом строку дії Договору страхування страховий платіж, сплачений щодо такої Застрахованої особи не повертається.

9.12. Якщо в період дії Договору страхування Страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з Договору страхування, переходять до правонаступника Страхувальника.

9.13. Будь-які зміни та доповнення до цього Договору вносяться тільки по узгодженню сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною шляхом оформлення відповідного додаткового договору, підписаного уповноваженими представниками Сторін.

9.14. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору страхування й складається в кількості примірників Договору страхування.

9.15. Якщо будь-яка зі Сторін Договору страхування не згодна на внесення змін до умов Договору страхування, в той же строк вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

9.16. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії, Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

9.17. У разі збільшення офіційного курсу долара США, встановленого НБУ по відношенню до гривні, на 10 (десять) % та більше від офіційного курсу долара США, встановленого НБУ на дату укладення Договору страхування, Сторони домовились укласти додатковий договір про збільшення страхової суми та страхового платежу пропорційно збільшенню курсу та доплату Страхувальником страхового платежу та (або) зміну інших умов страхування (введення та (або) зміна лімітів відповідальності, розміру франшиз, виключення певних ЛПУ з Переліку Страховика тощо).

Два екземпляри такого додаткового договору, підписані Страховиком, направляються Страхувальнику, підписуються ним та один екземпляр додаткового договору направляється Страховику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання Страхувальником від Страховика двох екземплярів додаткового договору.

Якщо Страхувальник відмовляється від укладення такого додаткового договору та доплати страхового платежу та (або) зміни інших умов страхування (введення та (або) зміна лімітів відповідальності, розміру франшиз, виключення певних ЛПУ з Переліку Страховика тощо), Сторони дійшли згоди, що у разі, якщо збитковість за Договором страхування становить 90 % та більше відсотків, дія Договору страхування припиняється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем закінчення визначеного цим пунктом Договору страхування строку для укладення Сторонами додаткового договору. У цьому випадку Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дати припинення дії Договору страхування повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахуванні страхового тарифу, у розмірі 30 % страхового платежу, і фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

Збитковість за Договором страхування визначається як співвідношення суми здійснених застрахованим особам страхових виплат за період від дати початку дії Договору страхування до дати, що на один календарний місяць передує даті закінчення визначеного цим пунктом Договору страхування строку для укладення Сторонами додаткового договору, до загального страхового платежу за такий період.

Загальний страховий платіж за період від дати початку дії Договору страхування до дати, на яку рахується збитковість за Договором, визначається як загальний страховий платіж за Договором страхування помножений на кількість днів за період з дати початку дії Договору страхування до дати, на яку рахується збитковість, та поділений на загальну кількість днів строку дії Договору.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов цього Договору страхування, вирішуються шляхом переговорів, а у разі неврегулювання спору у добровільному порядку – у порядку згідно з чинним законодавством України.

10.2. У разі виникнення спорів між Сторонами з приводу причин та розміру страхової виплати кожна зі Сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи.

10.3. Експертиза проводиться за рахунок Сторони, яка вимагала її проведення.

11. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА

11.1. Усі повідомлення за цим Договором страхування будуть вважатися зробленими належним чином, тільки якщо вони здійсненні у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом (кур'єром, телеграфом) або врученні особисто за зазначеними адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення або дата поштового штемпеля відділу зв'язку одержувача.

11.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями цього Договору страхування та положеннями Правил або інформацією, зазначеною у заяві, застосовуються умови, визначені цим Договором страхування.

11.3. Не обумовлені цим Договором страхування умови регламентуються Правилами та чинним законодавством України.

11.4. Договір страхування укладений у двох примірниках українською мовою, що мають однакову юридичну силу, – по одному для кожної зі Сторін.

11.5. Підписуючи цей Договір страхування, Страхувальник підтверджує, що з умовами Договору страхування й Правилами страхування ознайомлений і згоден.

11.6. Сторони Договору страхування не можуть передавати права та (або) обов'язки за цим Договором без письмової згоди на це іншої Сторони.

11.7. Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що до укладення Договору йому була надана Страховиком інформація, передбачена ч. 2 статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

11.8. Страхувальник надає Страховику згоду на обробку його персональних даних, в т.ч. персональних даних, що стосуються стану здоров'я, в базі даних договорів страхування та страхувальників Страховика з метою супроводження, виконання та врегулювання страхових випадків за Договором, а також, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, - в базі даних застрахованих Страховиком осіб за договорами страхування з метою супроводження та виконання зобов'язань за Договором та підтверджує, що Страховик повідомив йому відомості, визначені ч.2 статті 12 Закону України «Про захист персональних даних».

12. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

12.1. Основні терміни, що використовуються в цьому Договорі мають нижчезазначені значення.

12.1.1. Лікувально-профілактичні установи (заклади) (ЛПУ) – підприємства, установи та організації, які створені та діють на підставі чинного законодавства України, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні заходи або послуги медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки, оптики, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо.

12.1.2. Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями.

12.1.3. Медичні та інші послуги – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, передбачені Програмою страхування згідно з Класом страхування Застрахованої особи.

12.1.4. Під медикаментами розуміються ліки, витратні медичні матеріали (бинт, шприци, крапельниці, одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.

12.1.5. Клас страхування – сукупність певних умов надання медичних та інших послуг, визначена для конкретної Застрахованої особи, а саме: певний набір Програм страхування, в тому числі з встановленими лімітами відповідальності Страховика, та інші специфічні умови обслуговування Застрахованих осіб.

12.1.6. Програма страхування – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором відповідно до Класу страхування.

12.1.7. Медичний асистанс Страховика – структурний підрозділ Страховика, який здійснює цілодобову організацію надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків та товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених Програмою страхування згідно з Класом страхування Застрахованої особи.

12.1.8. Лікар Страховика – співробітник Медичного асистансу Страховика, який у робочий час (з 9:00 по 18:00 у будні дні) організовує надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків і товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених Програмою страхування згідно з Класом страхування Застрахованої особи.

12.1.9. Довірений лікар Страховика - співробітник Медичного асистансу Страховика, відповідальний за організацію медичної допомоги за цим Договором страхування, який протягом строку дії Договору у робочий час (з 9:00 по 18:00 у будні дні) організовує надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків і товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених Програмою страхування згідно з Класом страхування Застрахованої особи.

12.1.10. ЛПУ з переліку Страховика –ЛПУ, з якими Страховик уклав договір про співпрацю та які відповідають вимогам п.12.1.1 Договору, та у яких Застрахованій особі будуть надаватися медичні та інші послуги відповідно до Програми та Класу страхування, наведені у додатку 1 до цього Договору страхування.

Якщо протягом строку дії Договору ЛПУ з переліку Страховика, перереєстрована та (або) починає діяти не на підставі чинного законодавства України, Страховик в односторонньому порядку виключає таку ЛПУ з переліку Страховика та не організовує надання Застрахованій особі медичної допомоги, медичних та інших послуг у такій ЛПУ.

12.1.11. Базовий ЛПУ – багатопрофільний медичний заклад, передбачений Класом і Програмою страхування, зазначений в додатку 2 до Договору страхування, з яким Страховик уклав договір про співпрацю, в якому організовано координаційний центр Страховика та (або) у який переважно направляються Застраховані особи для отримання медичних та інших послуг.

12.1.12. Страхові документи Застрахованої особи – страховий поліс та (або) картка Застрахованої особи, а також талони на отримання оздоровчих послуг, рецепти, направлення на обстеження, медичні картки амбулаторного хворого тощо, надані Застрахованій особі Страховиком та (або) його представником для отримання медичних та інших послуг відповідно до умов Договору страхування.

12.1.13. Координатор Страховика в ЛПУ – працівник ЛПУ або співробітник Страховика, який у разі звернення Застрахованої особи до ЛПУ, організовує та контролює надання Застрахованій особі медичних та інших послуг в цьому ЛПУ (в тому числі організовує оформлення лікарняних листків, довідок та інших документів); здійснює взаємодію із лікарями Медичного асистансу Страховика з метою надання високого сервісу клієнту.

12.1.14. Страховий захист (відповідальність Страховика) – зобов'язання Страховика, визначені Договором страхування, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в обумовлений цим Договором відрізок часу.

12.1.15. Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань) Страховика – сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування та видами медичних та інших послуг згідно з Класом страхування Застрахованої особи зазначені у додатку 1 до Договору страхування.

12.1.16. Невідкладна допомога – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

12.1.17. Лікар вузькопрофільної спеціалізації – лікар іншої спеціалізації, ніж лікар загальної практики.

12.1.18. Планова медична допомога – комплекс медичних послуг, що надаються при порушеннях здоров'я пацієнта, що не становлять безпосередньої загрози його життю або здоров'ю оточуючих.

12.1.19. Поліпрагмазія – одночасне необґрунтоване та недоцільне призначення хворому великої кількості різноманітних медичних препаратів або лікувальних процедур.

СТРАХОВИК
Страхова компанія «БРОКБІЗНЕС»
м. Київ, 04050, вул. Білоруська,3
тел/факс (044) 246-67-22
E-mail: info@bbs.com.ua
п/р 26502302159 0 в ГУОК АТ «Ощадбанк»,
МФО 300465,
ЄДРПОУ 20344871

_____/