

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» (Код: 008)
(далі – Загальні умови)

Страховий продукт	За продуктом «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» Страховик має право розробляти, модифікувати та затверджувати програми страхування, які мають строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов цього страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу.
ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТРАХОВИКА	
Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС» (далі по тексту Страховик та/або СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС») Код ЄДРПОУ 20344871
Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Ліцензія на здійснення діяльності зі страхування від 23.04.2024р. https://kis.bank.gov.ua https://kis.bank.gov.ua/Home/SrchViewLic/20000035380
Місцезнаходження страховика	вул. Білоруська, 3, 04050, Київ, Україна
Адреса офіційного вебсайту страховика	https://bbs.ua
Загальні умови, сфера застосування, клас страхування	Ці Загальні умови страхового продукту розроблені на підставі Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України, внутрішньої політики з андеррайтингу та політики з розробки модифікації та впровадження страхових продуктів. Ці Загальні умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 та встановлюють загальні правила (умови), порядок та особливості здійснення страхування за страховим продуктом Медичне страхування. Відповідно до цих Загальних умов СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС» укладає Договори медичного страхування (надалі – Договір страхування). Обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, варіант страхування (у разі

його передбачення у загальних умовах страхового продукту), визначаються в договорі страхування в разі його укладення відповідно до загальних умов страхового продукту.

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені даними Загальними умовами страхового продукту.

Страховий продукт, передбачений даними Загальними умовами, є стандартним страховим продуктом. Страховик розробляє, затверджує та надає Страхувальнику уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про стандартний продукт.

СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС» не пропонує даний страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, яка не є страховою, як складовою одного пакета страхування.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТРАХОВИЙ ПРОДУКТ

1	<p>Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування</p>	<p>1.1. Агрегатна страхова сума — означає, що після виплати страхового відшкодування страхова сума зменшується на суму сплаченого страхового відшкодування. Страхова сума може бути відновлена до початкового розміру за письмовою заявою Страхувальника шляхом внесення відповідних змін до Договору та сплати додаткового страхового платежу</p> <p>1.2. Амбулаторно-поліклінічна допомога – надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах, коли Застрахована особа не перебуває у стаціонарі під час лікування.</p> <p>1.3. Медичний асистанс- окремий підрозділ Страховика , що координує дії Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором, а також організовує надання послуг Застрахованій особі в разі настання Страхового випадку.</p> <p>1.4. Базові медичні заклади – лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування з якими укладено договори про співробітництво, відповідно до категорії лікувально-профілактичних закладів обраної Програми страхування. Ці заклади мають пріоритет при скеруванні Застрахованої особи за медичними послугами. Обслуговування у інших закладах відбувається за погодження Страховика, при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі або за індивідуальним направленням лікаря базового медичного закладу. Перелік базових медичних закладів та аптек Страховик надає Страхувальнику в електронному вигляді при укладанні цього Договору.</p> <p>1.5. Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання) – захворювання, яке раніше, протягом життя</p>
---	--	---

людини не було в неї виявлене та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше ніколи не проводилися.

1.6. Гостре захворювання – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами.

1.7. Денний стаціонар – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров'я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.

1.8. Застрахована особа (ЗО) - це фізична особа на користь якої укладений Договір; згідно з Договором Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника.

1.9. Клас (рівень) обслуговування - відповідний рівень послуг та сервісу, що надається Застрахованій особі у медичних закладах, визначених Програмою страхування.

1.10. Критичні захворювання – група первинних захворювань, що включає в себе вперше виявленні злоякісні/доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, вперше виявлений цукровий діабет I типу та вперше виявлений туберкульоз будь-якої локалізації, діагностика та лікування яких, передбачено конкретною Програмою страхування. Також Програмою страхування може бути передбачено корпоративні або індивідуальні ліміти на лікування та діагностику таких захворювань.

1.11. Корпоративний ліміт (на виключення, на лікування захворювань – виключень, в тому числі - на лікування та діагностику критичних захворювань, на покриття діагностичних та/або лікувальних заходів, що підпадають під обмеження та/або виключення із страхування тощо) – сума коштів визначена Сторонами, в межах загальної страхової суми за Договором, що може бути використана Страховиком за письмовим погодженням зі Страхувальником на покриття діагностики, лікування, профілактики та інших заходів, які прямо не передбачені Програмою страхування, або, відповідно до умов цього Договору підпадають під виключення та/або обмеження страхування.

1.12. Лікувально-профілактична установа (далі- ЛПУ) - заклад охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги та/ або реалізовувати лікарські засоби та товари медичного призначення, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання послуг з реабілітації, зокрема й санаторних. До медичних установ прирівнюються ЛПУ МОЗ України, приватні ЛПУ, аптеки, діагностичні центри, стоматології, оптики, Національні Наукові центри АМН України тощо.

1.13. Медичні (лікувальні) послуги - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і

реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також надання медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для лікування Застрахованої особи, які передбачені обраною Програмою страхування.

1.14. Медичний огляд - обов'язковий попередній (під час прийняття на роботу) і періодичні (протягом трудової діяльності) медичні огляди працівників, зайнятих на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами праці або таких, де є потреба у професійному доборі, та щорічно для осіб віком до 21 року. Медичні огляди проводяться відповідно до процедури установленої Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» N 246 від 21.05.2007. Медичні огляди проводяться виключно у ЗОЗ другої, першої, вищої акредитаційної категорії та спеціалізованих ЗОЗ, які мають право встановлювати діагноз щодо професійних захворювань.

1.15. Екстрена (швидка) медична допомога – медично виправдані та обґрунтовані заходи медичної допомоги, які полягають у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги, відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному (критичному) медичному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. В тому числі за медичних показів включає медичний супровід Застрахованої особи, яка перебуває у невідкладному (критичному) медичному стані до найближчого ЗОЗ, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога.

1.16. Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей.

1.17. Стаціонарна допомога – вид медичної допомоги для лікування хворої Застрахованої особи, яка знаходиться у ЗОЗ протягом безперервного періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу. Стаціонарна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися у плановому порядку.

1.18. Невідкладний стаціонар – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із порушенням загального стану організму цієї особи, що загрожує життю, або порушенням функціонування її окремих систем та органів, зокрема й таке, що потребує лікування в умовах відділення інтенсивної терапії та/або оперативного втручання протягом перших 24 годин, та про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається "Госпіталізований за терміновими показаннями".

1.19. Плановий стаціонар – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку з порушенням окремих функцій її органів та систем, що не потребують негайного надання допомоги за життєвими показниками. Плановою госпіталізацією вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом не пізніше 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем.

1.20. Провідний фахівець - це лікар ЗОЗ, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного ЛПУ, включає зокрема й консультації докторів (кандидатів) медичних наук, професорів, провідних (головних) фахівців, експертів напряму, іменні консультації тощо.

1.21. Програма страхування – перелік медичних, медико-транспортних та інших послуг, що надаються Застрахованій особі, відповідно до обраних нею опцій, їх обсяг (ліміт відповідальності) та рівень якості, при укладенні Договору страхування, вартість яких відшкодовується Страховиком. Програма є невід'ємною частиною Договору страхування.

1.22. Профілактичний огляд – комплекс медичних заходів (огляд, діагностичні дослідження та інше), спрямований на виявлення первинного захворювання та/або на виявлення та запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.

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

1.24. Розрахункова клініка – референтний медичний заклад, за вартістю послуг якого відбувається розрахунок розміру страхового відшкодування Застрахованим особам, які самостійно отримали та оплатили медичні послуги в ЛПУ поза списком Страховика (вартість послуг в яких більша за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах).

1.25. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.

1.26. Хронічне захворювання – тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами

		<p>зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).</p> <p>1.27. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.</p> <p>1.28. Страховий випадок - подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування.</p> <p>1.29. Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.</p>
2	<p>Умови страхового покриття за договором страхування</p>	<p>2.1. Предметом Договору страхування (Предметом Договору) є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором Страхування.</p> <p>2.1. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи</p> <p>2.2. Ризик характеризується обов'язком Страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства), відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому цим договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором та Програмою страхування.</p> <p>2.3. Страховими ризиками є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Гостре захворювання Застрахованої особи. - Загострення хронічних хвороб Застрахованої особи. - Хронічні хвороби в стадії ремісії. - Розлади здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. <p>Перелік ризиків для конкретної Застрахованої особи, визначається Програмою страхування, що є Додатком до укладеного договору страхування та є його невід'ємною частиною.</p> <p>2.4. Розмір Страхової суми (ліміту відповідальності) визначається у договорі страхування за домовленістю між Страховиком та Страхувальником.</p> <p>Страхова сума може бути встановлена за Програмами страхування, за окремими опціями (переліком медичних послуг) Програми страхування, для конкретних</p>

Застрахованих осіб, та/або за Договором страхування в цілому.

2.5. Страхувальник, згідно з умовами договору страхування, сплачує Страховику суму **Страхової премії**, розмір якої визначається в договорі страхування.

2.6. Розмір страхового тарифу встановлюється на підставі Тарифної політики Страховика, шляхом додавання розмірів базових страхових тарифів, відповідно до обраних основних опцій програми страхування, а саме:

- Амбулаторно-поліклінічна допомога;
- Стаціонарна допомога (планова/екстрена);
- Невідкладна допомога;
- Медикаментозне забезпечення;
- Стоматологія

та множення отриманої суми на значення відповідних коригуючих коефіцієнтів, враховуючи обрані Страхувальником/Застрахованою особою умови, які визначають обставини, що впливають на ступінь ризику:

- Перелік додаткових медичних послуг,
- Рівень лікувального закладу,
- Період страхування,
- Територія дії страхового покриття,
- Відомості про стан здоров'я Застрахованої особи,
- Вік Застрахованої особи,
- Вид діяльності,
- Кількість Застрахованих осіб,
- Додаткові умови, що можуть бути внесені в договір страхування за згодою сторін.

Розмір страхової премії (платежу/внеску) розраховується шляхом добутку розміру Страхової суми та визначеного тарифу.

Порядок сплати страхової премії (одноразово або частинами) визначаються за згодою сторін у договорі страхування.

2.7. Строк дії договору (страхового покриття) – зазначається за згодою сторін в договорі страхування.

Договором страхування можуть бути передбачені часові обмеження щодо дії страхового захисту за договором страхування (періоди страхування) в межах загального строку дії договору страхування.

2.8. Територія дії договору страхування

Україна, за виключенням територій територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), тимчасово анексованих територій України, а також територій проведення операцій Об'єднаних сил.

3

Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору

3.1. Страховик зобов'язаний:

- Ознайомити Страхувальника з Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, Загальними умовами страхового продукту, умовами Договору страхування та Програм страхування.
- Впродовж 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.
- При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строк передбачений договором страхування та у розмірі наданих Застрахованій особі медичної допомоги, медичних послуг та медичного забезпечення, відповідно до умов Програми страхування та договору страхування.
- У разі відмови у страховій виплаті, у строк 15 робочих днів після отримання всіх необхідних документів, письмово повідомити Страхувальника (Застраховану особу) із обґрунтуванням причин відмови.
- Організувати надання медичних послуг Застрахованим особам відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування, контролювати доцільність, обсяг, якість і своєчасність їх надання.
- Не розголошувати відомості про Страхувальника/Застраховану особу, щодо стану його здоров'я, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.
- У разі втрати Страхувальником/Застрахованою особою примірника Договору страхування, протягом його дії, видати його дублікат за заявою Страхувальника/Застрахованої особи.
- Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

3.2. Страховик має право:

- На одержання достовірних даних про стан здоров'я Застрахованих осіб, а також запросити у Страхувальника (Застрахованих осіб) будь яку іншу інформацію, щодо стану його здоров'я під час укладання та під час дії договору страхування.
- Перевіряти достовірність даних про стан здоров'я, що надаються йому Страхувальником /Застрахованою особою під час укладання та під час дії договору страхування.
- Направляти запити до компетентних установ, правоохоронних органів, медичних закладів та інших

організацій або самостійно проводити розслідування з метою з'ясування причин та обставин страхового випадку.

- Відмовити у Страховій виплаті у випадках визначених договором страхування;

- Відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати на умовах, передбачених договором страхування.

- Робити запити до Страхувальника стосовно інших чинних договорів страхування щодо предмету договору страхування.

- На отримання від Страхувальника додаткового Страхового платежу у разі підвищення ступеня ризику чи збільшення Страхової суми.

- Достроково припинити дію договору страхування, відповідно до умов цих Загальних умов страхового продукту та Договору страхування.

- Вносити зміни до умов договору в порядку, передбаченому Договором страхування.

- Після здійснення страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України.

- При встановленні факту передачі Застрахованою особою Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або картки Застрахованої особи іншій особі, з метою одержання нею медичних послуг за Договором, достроково припинити дію Договору страхування в частині даної Застрахованої особи.

3.3.Страхувальник зобов'язаний:

- Сплачувати страхову премію в розмірах, порядку та строки, встановлені договором страхування.

- При укладанні договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про зміну ступеню ризику. Перелік такої інформації зазначається в розділі 14 даних Загальних умов.

- В разі зміни ступеню страхового ризику Страхувальник зобов'язаний укласти зі Страховиком Додаткову угоду (далі -ДУ) з врахуванням змін, та сплатити додатковий страховий платіж.

- Протягом строку дії договору страхування повідомляти страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання

страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування.

- Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування.

- Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету договору страхування.

- Повідомити Страховика протягом строку дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших необхідних даних Застрахованих осіб протягом 3 (трьох) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про такі зміни;

- Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.

- Вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку.

- У разі отримання відомостей про втрату Застрахованою особою Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або Картки Застрахованої особи, протягом 2 (двох) робочих днів повідомити про це Страховика.

- Повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Третю особу (Застраховану особу) про укладений на її користь договір страхування та отримати відповідну згоду.

3.4. Страхувальник має право:

- Ознайомитись з Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, Загальними умовами страхового продукту, умовами договору страхування та Програм страхування.

- За згодою Застрахованої особи, призначити Вигодонабувача.

- На зміни та доповнення, які не суперечать чинному законодавству України, умов договору страхування та Переліку Застрахованих осіб, за письмовою згодою (погодженням) Страховика, відповідно до умов договору страхування.

- Отримати дублікат договору страхування (Страхового полісу, сертифікату, свідоцтва), Картки Застрахованої особи у разі втрати оригіналу.

- Достроково припинити дію договору відповідно до умов Договору страхування.

- Повідомити Страховика щодо недоліків надання та якості медичних послуг Застрахованій особі медичними закладами або аптеками, визначеними Страховиком.

3.5. Застрахована особа зобов'язана:

- Дбайливо ставитися до свого здоров'я, а у разі настання його розладу (настання страхового випадку), звернутися до Страховика або Медичного асистансу у строки, визначені цими Загальними умовами та договором страхування.

- Надавати Страховику достовірні відомості про стан свого здоров'я при укладанні договору страхування, а також впродовж його дії.

- Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строк, передбачений умовами договору страхування.

- У разі потреби одержання медичних послуг у ЛПУ, не передбаченому договором страхування, узгодити це із представником Страховика (лікарем Страховика або відповідальним співробітником Медичного асистансу) до одержання таких послуг;

- У разі самостійного звернення у Базовий медичний заклад з причини розладу здоров'я, передбаченого Програмою страхування, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту такого звернення, інформувати про це Страховика /Медичний асистанс за телефонами, які зазначено у картці Застрахованої особи або у договорі страхування;

- Якщо Страхувальник/ Застрахована особа не мали можливості повідомити Страховика про випадок, що має ознаки страхового з поважних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, лікування в умовах відділення інтенсивної терапії тощо), то після припинення цих обставин Страхувальник Застрахована особа зобов'язаний повідомити Страховика протягом 1 (одного) робочого дня). Наявність поважної причини та термін її дії мають бути підтверджені відповідними медичними висновками.

- Виконувати всі рекомендації лікаря-координатора Медичного асистансу (у тому числі щодо ЛПУ, у якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування – рекомендації та призначення лікаря, приписи медичного персоналу та дотримуватись розпорядку, встановленого у медичному заклад, а також дотримуватись усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов, Страховик не несе відповідальності за стан здоров'я Застрахованої особи та не здійснює

відшкодування витрат, здійснених внаслідок такого випадку, та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

- При втраті Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або Картки Застрахованої особи, протягом 2 (двох) робочих днів письмово повідомити про це Страховика.

- Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам.

3.6. Застрахована особа має право:

- Ознайомитись з Інформаційним документом про стандартний страховий продукт, Загальними умовами страхового продукту, умовами договору страхування та Програм страхування.

- В разі настання страхового випадку отримати страхову виплату або медичну допомогу, медичні послуги та медичне забезпечення в межах страхової суми (лімітів відповідальності), передбаченою умовами Програми страхування та договором страхування.

- На зміни та доповнення, які не суперечать чинному законодавству України, умов договору страхування, за письмовою згодою (погодженням) Страховика, відповідно до умов договору страхування.

- Достроково припинити дію договору страхування в порядку, передбаченому цим Договором.

- Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, зобов'язання Застрахованої особи, передбачені договором страхування покладаються на її законного представника (зокрема, одного з батьків).

3.7. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору страхування.

За невиконання або неналежне виконання прийнятих зобов'язань за договором страхування Сторони несуть відповідальність згідно з діючим законодавством України.

За несвоєчасну сплату страхової виплати в строки, передбачені договором страхування, Страховик сплачує пеню у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки НБУ. До розрахунку береться облікова ставка НБУ на перший день такого прострочення.

У разі підписання договору страхування електронними підписами, в договорі страхування сторони погоджують умови щодо розподілу ризиків збитків, що можуть бути заподіяні підписувачам і третім особам у разі

		використання простого ЕП, УЕП або удосконаленої електронної печатки відповідно.
4	<p>Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки</p>	<p>4.1. Будь які зміни до умов договору страхування вносяться за згодою Сторін.</p> <p>4.2. Про намір внесення змін до умов договору страхування (інші, ніж виключення та/або додавання до списку Застрахованих осіб) Сторона – ініціатор має письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж 15 календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.</p> <p>4.3. Зміни до умов договору страхування вносяться шляхом укладання додаткової угоди, яка є невід’ємною частиною договору страхування.</p> <p>4.4. Розмір страхової премії протягом дії договору страхування може бути змінений за згодою сторін у таких випадках:</p> <ul style="list-style-type: none"> - якщо протягом дії договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, страхувальник може вимагати від страховика відповідного зменшення розміру страхової премії; - якщо протягом дії договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, страховик може збільшити розмір страхової премії без зміни розміру страхової суми. <p>4.5. Зміна однієї Програми страхування Застрахованої особи на іншу можлива виключно протягом першого місяця дії договору страхування, за умови відсутності виплат страхового відшкодування, заявлених страхових випадків та сплати повної суми різниці вартості програм страхування. У разі якщо страхові випадки були, рішення про можливість та умови зміни програми приймається Страховиком в індивідуальному порядку. Зміна Програми страхування можлива один раз на строк дії договору страхування по відношенню до однієї Застрахованої особи.</p> <p>4.6. У випадку внесення нових осіб у Перелік Застрахованих осіб, Страхувальник, після внесення відповідних змін до договору страхування, за кожен нову Застраховану особу сплачує страховий платіж, розмір якого розраховуються пропорційно кількості днів дії договору щодо нової Застрахованої особи (період від дати початку дії договору щодо нової Застрахованої особи до кінця дії договору страхування). Відповідно перераховуються всі ліміти, що передбачені Програмою страхування щодо конкретної Застрахованої особи. Страхова сума при цьому залишається незмінною.</p> <p>4.7. Особи, прийняті на страхування під час дії договору страхування, набувають статус Застрахованих осіб за договором страхування з моменту підписання</p>

відповідної додаткової угоди, але не раніше дати початку періоду страхування, зазначеного для такої особи у додатковій угоді, якщо інше не встановлено такою додатковою угодою, та отримання страхового платежу щодо такої Застрахованої особи на поточний рахунок Страховика.

4.8. Заміна однієї Застрахованої особи на іншу без сплати додаткового страхового платежу можлива, у разі якщо по Застрахованій особі, що виключається зі списку не було фактичних виплат страхового відшкодування або заявлених випадків та Програма страхування залишається без змін.

4.9. У випадку виключення Застрахованої особи з Переліку Застрахованих осіб, без заміни на іншу Застраховану особу, розраховується частка страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику.

4.10. У випадку зміни Страхувальником Застрахованих осіб (одних на інших) за Договором, страховий платіж, що підлягає поверненню Страхувальнику за Застрахованих осіб, що були виключені зі списку, може бути зарахований в рахунок сплати страхового платежу за Застрахованих осіб, яких додали до списку.

4.11. За домовленістю сторін, заяви щодо виключення та/або додавання до списку Застрахованих осіб надсилаються Страхувальником Страховику в електронному вигляді на електронну адресу уповноважених осіб Страховика, з обов'язковим підписанням Сторонами договору страхування додаткової угоди до договору страхування щодо включення та або виключення Застрахованих осіб до договору страхування. Заміна Застрахованих осіб можлива за наявності письмової згоди таких осіб та Страховика.

4.12. Заяви подаються при необхідності протягом поточного місяця не пізніше, ніж за 7(сім) робочих днів до дати запланованої зміни. Зазначені зміни оформлюються додатковим договором протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання заяви Страхувальника.

4.13. Дія договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

- Закінчення строку дії договору страхування.
- Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.
- Несплати Страхувальником чергової частини страхового платежу у встановлений договором страхування строк. При цьому договір страхування вважається достроково припиняється з дня, наступного за встановленим у договорі днем сплати чергової частини страхового платежу. При цьому, Сторони дійшли згоди, що у разі такого припинення договору страхування, Страховик не зобов'язаний нагадувати

Страховальнику про строки сплати чергової частини платежу.

- Ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України.

- Ліквідації Страховальника - юридичної особи або смерті Страховальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

- Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

4.13.1. Якщо під час дії договору страхування буде встановлено, що Застрахована особа не могла бути застрахованою на дату укладення договору, останній по відношенню до цієї Застрахованої особи достроково припиняє свою дію після документального підтвердження даного факту.

4.13.2. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

4.14. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страховальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (Тридцять) календарних днів до дати припинення дії договору страхування.

4.15. У разі дострокового припинення дії договору страхування в цілому або по відношенню до будь-якої Застрахованої особи за вимогою Страховальника (Застрахованої особи), Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування з вирахуванням витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором страхування.

4.16. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страховальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

4.17. Максимальна частка витрат СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ «ББС ІНШУРАНС», пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за страховим продуктом Медичне страхування становить – 75 % від страхового тарифу

Частка витрат СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ «ББС ІНШУРАНС», пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного договору страхування,

		визначається при укладенні такого договору страхування за згодою страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому договорі страхування.
5	Порядок відмови від договору страхування	<p>5.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:</p> <ul style="list-style-type: none"> - договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; - випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування; <p>5.2. Про намір відмовитися від договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
6	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>6.1. В разі настання події, яка може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа зобов'язана:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Протягом 24 годин, з моменту настання такої події повідомити Страховика/Медичний асистанс за номером: зазначеним у картці Застрахованої особи/ у договорі страхування для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг. - Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє йому самостійно здійснити повідомлення про настання події, яка може бути визнана страховим випадком, таке повідомлення від його імені може бути здійснено членами його сім'ї, колегами по роботі, знайомими або іншими особами (залежно від місця його перебування). - Діяти відповідно до інструкцій відповідального співробітника (спеціаліста) Медичного асистансу. <p>При зверненні до Медичного асистансу Застрахована особа має надати наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Прізвище, Ім'я, По-батькові. - Індивідуальний номер Картки Застрахованої особи/номер Договору страхування. - Місце роботи, місце проживання. - Причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям). - Адресу місцезнаходження, контактний телефон. <p>Для отримання медичних (лікувальних) послуг (планові обстеження та консультації), якщо це передбачено умовами Програми страхування, Застрахованій особі необхідно звернутися до Медичного асистансу за 2 (два) робочі дні до бажаної дати консультації чи обстеження.</p> <p>Для виклику лікаря до дому/ в офіс, якщо це передбачено умовами Програми страхування, Застрахованій особі, що за станом здоров'я не може самостійно відвідати лікаря, необхідно звернутися до</p>

		<p>Медичного асирансу до 14.00 (у разі звернення після 14.00 - організація відвідання лікарем пацієнта може бути перенесена на наступний день).</p> <p>У випадку необхідності отримання Невідкладної допомоги, коли неможливо повідомити Страховика та/або Медичний асиранс до початку її надання з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), таке повідомлення передається відразу, як тільки це стане можливим, будь-яким доступним способом.</p>
7	<p>Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку</p>	<p>7.1. Для отримання страхової виплати Застрахованою особою (Вигодонабувачем, її представником) СТРАХОВІЙ КОМПАНІЇ «ББС ІНШУРАНС» мають бути надані наступні документи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) заява Застрахованої особи про страхову виплату; 2) документ, що ідентифікує Застраховану особу (паспорт, посвідка на проживання тощо); 3) довідка про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі; 4) документи медичного закладу з визначеним діагнозом та призначених, у зв'язку з даним захворюванням, медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення, а саме: <ul style="list-style-type: none"> - виписка з медичної карти стаціонарного/ амбулаторного хворого, де вказується ПІБ Застрахованої особи, повний діагноз, термін лікування, проведені діагностичні заходи та їх протоколи, лікувальні процедури, перелік призначених для лікування Застрахованої особи лікарських засобів, їх дозування та кількість, рецепти (вимоги) на медикаменти. Медична документація має бути оформлена та завірена відповідно до встановленого порядку, та повинна бути завіреною підписом та печаткою лікаря та штампом та печаткою ЛПУ. - медичний висновок про призначення медичних послуг (консультативний висновок, виписку із медичної картки тощо) оформлені належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою лікувальної установи; - направлення лікаря на діагностичні обстеження із зазначенням ПІБ Застрахованої особи, повного діагнозу, дати направлення, виду дослідження, зони обстеження, завіреним підписом та печаткою лікаря, штампом та печаткою ЛПУ; - результати обстеження або лікування; - рецепти лікаря з особистою печаткою; 5) акти виконаних робіт/отриманих медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення із зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати отримання медичної послуги /допомоги, ціною за одиницю та вартості за одиницю, завіреним підписом особи, що склала акт, та штампом та печаткою ЛПУ.

		<p>б) належним чином оформлені фінансові документи про оплату: фіскальні чеки, прибуткові касові ордери, квитанції банку про сплату отриманих медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення (в разі відсутності в фіскальному чеку назви послуги/медикаментів, надається додатково товарний чек із зазначенням переліку та вартості послуг/медикаментів та прізвища Застрахованої особи, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою закладу);</p> <p>7) копії установчих документів ЛПУ, якщо послуги були отримані в ЛПУ, яке не є базовим медичним закладом;</p> <p>8) інші необхідні документи за вимогою Страховика.</p> <p>7.2. Вищезазначені документи, надаються Страховику у формі оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Заява на страхову виплату та фінансові документи, що підтверджують оплату наданих послуг або медикаментів (фіскальні чеки, квитанції банку) завжди надаються у вигляді оригіналів;</p> <p>7.3. На час дії воєнного стану в Україні вищезазначені документи можуть бути надані Страховику у формі простих копій, за умови надання Страховику оригіналів цих документів на його запит</p> <p>7.4. В разі ненадання вищезазначених документів Страховику, останній має право не відшкодувати Застрахованій особі її витрат на оплату отриманих медичних послуг, медичної допомоги та медичного забезпечення.</p> <p>7.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направляти Застраховану особу до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.</p>
8	<p>Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат</p>	<p>8.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом сплати медичному закладу вартості наданої ним Застрахованій особі медичної допомоги, медичних послуг та медичного забезпечення в межах обраної Програми страхування та на умовах, визначених договором страхування.</p> <p>8.2. Страховик може прийняти рішення про страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі - у розмірі фактично понесених нею витрат, що були попередньо погоджені із Страховиком, або Медичним асистансом та підтверджені медичними та фінансовими відповідними документами (відповідно до послуг, лімітів відповідальності та категорії ЛПУ, передбачених Програмою страхування). У цьому разі страхова виплата</p>

здійснюється шляхом переказу коштів на банківський розрахунковий рахунок Застрахованої особи.

8.3. У випадку, якщо Страховик/Медичний асистанс не мали змоги організувати медичні послуги у ЛПУ з переліку базових медичних закладів Страховика, передбаченому Програмою страхування, страхова виплата здійснюється за цінами аналогічних послуг у ЛПУ з переліку базових медичних закладів Страховика, передбаченому Програмою страхування/розрахункової клініки.

8.4. Страховик приймає рішення про здійснення страхових виплат протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання всіх документів, передбачених договором страхування, та на підставі страхового акту здійснює ці виплати протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

8.5. За наявності підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, Страховик впродовж 15 робочих днів, після одержання всіх документів, передбачених договором страхування, приймає рішення про відмову у виплаті та письмово повідомляє Страхувальника / Застраховану особу із обґрунтуванням причин (підстави) такої відмови.

8.6. У випадку об'єктивної необхідності проведення додаткових заходів з розслідування обставин страхового випадку Страховик призначає чітко визначений строк для здійснення такого розслідування, але на строк не більше 6 (шести) місяців, після закінчення якого приймає одне з вищезазначених рішень. Про це, Страховик повідомляє Страхувальника/ Застраховану особу в строк 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

8.7. Заяву про страхову виплату та документи, передбачені договором страхування, Застрахована особа або її спадкоємець (Вигодонабувач) подає Страховику в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня завершення страхового випадку.

8.8. Загальний розмір виплат при настанні одного або декількох страхових випадків із конкретною Застрахованою особою не може перевищувати Страхової суми або ліміту відповідальності на окремі медичні послуги, що обумовлені Програмою страхування для кожної Застрахованої особи.

8.9. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену договором страхування страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програм – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.

8.10. Якщо умовами договору страхування, зокрема, Програми, встановлена франшиза, то Страховик здійснює страхові виплати за вирахуванням розміру такої франшизи.

		<p>8.11. Якщо страховий випадок настав до моменту сплати простроченої наступної частини страхової премії, страховик може вирахувати суму несплаченої премії при розрахунку страхової виплати.</p>
9	Підстави відмови у страховій виплаті	<p>9.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, 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. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України.</p> <p>9.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до страхового випадку, в тому числі спроба самогубства.</p> <p>9.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору, про факти, обставини, наслідки настання страхового випадку та розміру страхової виплати.</p> <p>9.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин страхового випадку, характеру та розміру збитків.</p> <p>9.5. Не надання всіх необхідних документів, що підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір страхової виплати;</p> <p>9.6. Невиконання рекомендацій та призначень, приписів медичного персоналу та недотримання розпорядку, встановленого у медичному закладі, а також недотримання усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України.</p> <p>9.7. Невиконання або неналежне виконання Страхувальником/Вигодонабувачем своїх обов'язків, зазначених у Договорі страхування;</p> <p>9.8. Дії Страхувальника, направлені на отримання неправомірної вигоди від страхування;</p> <p>9.9. Наявність обставин, що є винятками із страхових випадків та зазначені в договорі страхування та додатку № 1 до цих Загальних умов;</p> <p>9.10. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.</p>
10	Порядок укладення договору страхування	<p>10.1. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та</p>

електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

Договір страхування може укладатися із поданням Страхувальником заяви на страхування, в якій зазначається перелік обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику при укладенні договору.

10.2. Договір страхування може укладатися між Страхувальником та Страховиком:

1) У формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг" та в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.

В такому разі, договір страхування підписується електронними підписами Сторін:

Зі сторони Страховика - кваліфікованим електронним підписом уповноваженого представника.

Зі сторони Страхувальника – юридичної особи - кваліфікованим електронним підписом уповноваженого представника;

Зі сторони Страхувальника – фізичної особи - електронним підписом одноразовим ідентифікатором, шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора на засіб зв'язку (телефон, електронна адреса, застосунок VIBER, мобільний застосунок, інше) Страхувальника та введення Страхувальником такого одноразового ідентифікатора в інформаційну систему Страховика. Введення одноразового ідентифікатора Страхувальник здійснює через посилання, направлене Страховиком разом з одноразовим ідентифікатором або додається (приєднується) до електронного повідомлення від Страхувальника направлене на засіб зв'язку або простим електронним підписом, або удосконаленим електронним підписом (ЕП).

Для підписання електронного договору страхування сторони можуть використати електронні електронні сервіси, де підписання Договору страхування відбувається шляхом накладення ЕП або КЕП Клієнта/Страхувальника та КЕП уповноваженої особи Страховика.

Електронний договір страхування надсилається Страхувальнику одразу після підписання такого договору.

На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення копії договору страхування на папері з електронного документу, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги

2) В паперовій формі, відповідно до чинного законодавства України та підписується сторонами договору страхування.

Договір страхування в письмовій формі укладається в двох екземплярах українською мовою для кожної із сторін.

Примірник договору страхування, укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються

		<p>Страховиком (страховим посередником) страхувальнику одразу після його підписання сторонами.</p>
11	<p>Винятки із страхових випадків та обмеження страхування</p>	<p>11.1. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування за Договорами медичного страхування визначаються в Додатку № 1 до цих Загальних умов страхування, а також в договорі страхування.. Перелік винятків може бути зменшений за згодою сторін та викладений у Додатку до конкретного Договору страхування, відповідно до обраної програми страхування.</p> <p>11.2. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за договором страхування при настанні обставин непереборної сили (форс-мажор) і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин.</p> <p>11.3. Під обставинами форс-мажору слід розуміти факти настання таких подій, що виникли після укладання договору страхування та роблять неможливим виконання Сторонами своїх обов'язків:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Громадянську війну, масові заворушення, повстання, революцію, узурпацію влади, надзвичайне становище, страйк, державний переворот, терористичний акт. - Стихійні лиха, пожежі, землетруси та інші природні явища. - Блокаду, ембарго, валютні обмеження, зміни в законодавстві та інші дії держави (органів влади), планові або аварійні відключення електропостачання, що застосовуються за вказівками уповноважених органів, підприємств, організацій. <p>11.4. Сторона, яка підпала під дію таких обставин, повинна не пізніше 3 (Трьох) робочих днів з моменту їх настання повідомити про це іншу Сторону. В іншому випадку така Сторона при невиконанні своїх зобов'язань за договором страхування втрачає право на посилення на вплив зазначених обставин.</p> <p>11.5. Сторона, для якої склалася неможливість виконання обов'язків внаслідок впливу обставин непереборної сили, повинна надати іншій Стороні підтвердження про настання таких обставин та про їх безпосередній вплив на можливість невиконання обов'язків.</p> <p>11.6. Відповідним доказом строку дії обставин форс-мажору вважається офіційне підтвердження, що надається Торгово-промисловою палатою України або іншим державним органом, яке повинно бути направлено Стороною, яка попала під дію даних обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин форс-мажору, має право перенести термін виконання обов'язків за договором страхування на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.</p>

		<p>11.7. Після закінчення дії таких обставин, Сторона, яка попала під їх вплив, зобов'язана протягом 7 (семи) робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору, виконати належним чином зобов'язання, відповідно до умов Договору.</p>
12	Порядок вирішення спорів	<p>12.1. Спори між Сторонами договору страхування вирішуються шляхом переговорів.</p> <p>12.2. При неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, спори вирішуються, відповідно до чинного законодавства України.</p>
13	Контактні дані Страховика для звернення Застрахованої особи/Страховальника у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<ul style="list-style-type: none"> - 0 800 336 138 безкоштовно зі стаціонарних та мобільних телефонів України - 044 299 83 89 для запису на консультацію або виклику лікаря додому та виклику швидкої допомоги - (067) 346 02 24 Viber; email: Medlikar@bbs.com.ua - чат-бот: https://bbs.ua/insurance-case-dms/
14	Вичерпний перелік інформації, яку страховальник повинен повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладанням договору страхування, яка має має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладання договору страхування, та/або про розмір страхової премії за договором страхування	<p>14.1. Відомості про об'єкт страхування, включаючи інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкту страхування;</p> <p>14.2. Обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), основний перелік яких зазначений у п. 2.6. цих Загальних умов.</p> <p>14.3. Інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у вигодонабувача (у разі визначення такої особи в договорі страхування):</p>
15	Порядок розгляду звернень споживачів Страховиком. Інформація про уповноважені державні органи, до яких відповідно до законодавства України, споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг.	<p>Страховик здійснює розгляд письмових звернень споживачів згідно законодавства України та внутрішніх документів. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків небанківських фінансових послуг.</p> <p>Споживачі фінансових послуг можуть звернутися до Страховика для розгляду звернень, що стосуються надання послуг Страховиком.</p> <p>СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС» приймає звернення споживачів фінансових послуг (в т.ч. скарги):</p> <ul style="list-style-type: none"> - за адресою: 04050, м. Київ, вул. Білоруська, 3, - на електронну пошту info@bbs.com.ua, - засобами телефонного зв'язку працівнику Контакт-центру за номером телефону 0 800 500 123 або 044 246 67 22. <p>Реквізити органу, що здійснює державне регулювання, а також реквізити органів до яких споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг:</p> <p>Національний банк України: Для електронного звернення: nbu@bank.gov.ua</p>

		<p>Для листування: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601. Телефон: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55 (пн–чт 9:00 – 18:00, пт 9:00–16:45) Громадська приймальня: просп. Науки, 7, корп. 1. Посилання на розділ «Звернення громадян» офіційного сайту Національного банку України: https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection Реквізити органів з питань захисту прав споживачів Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба) Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1 Тел. (044) 279 12 70 Цілодобова Гаряча лінія (Call-центр) (050) 230 04 28 або (044) 364 77 80 Електронна пошта info@dpss.gov.ua Відділ торгівлі та споживчого ринку Шевченківського району у м. Києві державної адміністрації Адреса: 01054, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 24 Тел. Начальника управління 366-58-34</p>
--	--	---

Перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування
(якщо інше не погоджено Сторонами та передбачене Програмою страхування)

- 1. Страховик звільняється від страхової виплати, якщо медичні послуги були надані Застрахованій особі та пов'язані із діагностикою та лікуванням наступних захворювань Застрахованої особи:**
 - 1.1** Наркоманія, токсикоманія, алкоголізм.
 - 1.2** Захворювання, травми, стани, опіки та отруєння отримані Застрахованою особою у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.
 - 1.3** Травми, отримані Застрахованою особою, внаслідок настання ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або внаслідок недотримання правил техніки безпеки, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.
 - 1.4** Захворювання, за яким встановлена група інвалідності (I, II, III), інвалідності з дитинства та їх ускладнення, захворювань в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації), персистуючих інфекцій, професійних захворювань.
 - 1.5** Вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання та стани, в тому числі отримані під час пологів – дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, синехії, клишоногість тощо Q00-Q99.
 - 1.6** Захворювання або травми отримані внаслідок дій невластивих щоденній життєвій та професійній діяльності (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.) Застрахованої особи, в тому числі заняття такими видами активного відпочинку чи аматорського спорту, які обмежуються викладеним переліком (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розваг, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин).
 - 1.7** Захворювання та/або травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з не виправданим ризиком.
 - 1.8** Захворювання, травми, опіки, отруєння, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних із порушення Застрахованої особи техніки безпеки, ПДР тощо.
 - 1.9** Захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, або є стійкими наслідками хвороб, травм, операцій, які Застрахована особа перенесла до початку дії договору (злукова хвороба, ПХЕС тощо), крім випадків загострення хронічних захворювань та гострих захворювань і станів, це не стосується критичних захворювань (онкологія, доброякісні утворення, туберкульоз легенів, цукровий діабет).
 - 1.10** Захворювання, які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>.
 - 1.11** Класичні венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в тому числі гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз; ToRCH- інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус), вірус Епштейн – Барра.

1.12 Запальні захворювання сечостатевого органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативні результати відповідних лабораторних досліджень.

1.13 Наслідків будь-яких косметичних операцій, гідроколонотерапії, курсів лікування з приводу метаболічного синдрому (ліпідограма, визначення толерантності до вуглеводів тощо).

1.14 Цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання, новоутворення зокрема злоякісні та доброякісні (включаючи хіміо- та радіотерапію) та їх ускладнення на всіх стадіях захворювання, окрім станів, що потребують надання екстреної медичної допомоги.

1.15 Хронічні хвороби периферійних судин облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність), окрім невідкладних станів.

1.16 Особливо небезпечні інфекції: в т.ч. чума, холера, натуральна віспа, геморагічні лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів.

1.17 Бронхіальна астма, алергічні захворювання, крім передбаченого Програмою Страхування та надання екстреної допомоги при невідкладних станах – астматичний статус, набряк легенів, кропив'янка, набряк Квінке, анафілактичний шок.

1.18 Захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексних карантинних заходів (крім епідемій ГРВІ).

1.19 Лепра. (A30-A39).

1.20 Захворювання, стани та травми, лікування яких планувалося /очікувалося до початку дії договору (видалення конструкцій для МОС, встановлених до початку дії договору, тощо).

1.21 Захворювання які сталися поза терміном та/або територією дії Договору страхування.

1.22 Захворювання та стани, що виникли внаслідок самолікування та/ або невиконання призначень лікаря.

2. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів - Нозологічні форми (код за МКХ-10):

2.1 Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ) (A00, A01, A20, A22, A23, A24), а також COVID 19, за виключеннями ГРВІ та сезонний грип.

2.2 Вірусні гепатити (B17-B19), за виключенням Гепатиту А (B15) мікс-гепатити, цироз печінки, гепатоз.

2.3 Хвороба, що викликана вірусом імунодефіциту людини [ВІЛ] (B20-B24).

2.4 Мікози (B35 – B49).

2.5 Злоякісні новоутворення (C00-C97), новоутворення In situ (D00-D09).

2.6 Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою (D50-D61, D63-D77).

2.7 Імунодефіцити (D80-D89).

2.8 Саркоїдоз (D86).

2.9 Муковісцидоз (E84).

2.10 Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування (E65-E68).

2.11 Порушення обміну речовин (E70-E90), в т.ч. непереносимість лактози (E73).

2.12 Вегето-судинна дистонія (F43, G90.9).

2.13 Системні атрофії ЦНС (G10-G13).

2.14 Демієлінізуючі захворювання (G35-G37).

2.15 Мігрень (G43).

2.16 Аміотрофії (G54,5).

2.17 Міастенії (G70).

2.18 Міотонії (G71).

2.19 Дитячий церебральний параліч (G80).

2.20 Енцефалопатія будь-якого генезу (G92, G93.4, G93.8).

2.21 Сирингомієлія (G95).

- 2.22 Синдром «сухого ока» (H16.2); комп'ютерний синдром.
- 2.23 Халязіон (H00.1), окрім випадків ускладнення.
- 2.24 Катаракта (H25-H28).
- 2.25 Косоокість (H49-H52).
- 2.26 Глаукома (H40-H42), окрім кризового перебігу, що вперше діагностована протягом дії Договору страхування, та загрожує настанню сліпоти Застрахованої особи.
- 2.27 Короткозорість (H52.1); далекозорість (H52.0).
- 2.28 Астигматизм (H52.2).
- 2.29 Амбліопія (H53.0), астенопія (H53.1).
- 2.30 Спазм акомодатії (H52.5).
- 2.31 Ревматизм (I00-I02).
- 2.32 Кардіоміопатії (I43-I43).
- 2.33 Хронічна серцева недостатність (I50,I50.1,I50.9).
- 2.34 Атеросклероз (I70).
- 2.35 Хронічна венозна недостатність (I80-I89).
- 2.36 Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гемороїдальні кровотечі) (I83).
- 2.37 Гіпертрофія аденоїдів (J35.2).
- 2.38 Хвороба Крона (K50).
- 2.39 Неспецифічний виразковий коліт (K51-K52).
- 2.40 Гепатоз, цироз, стеатоз (K70, K74, K70).
- 2.41 Печінкова недостатність (K70-K77).
- 2.42 Лейкоплакія (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4).
- 2.43 Келоїдні рубці (L 90).
- 2.44 Ревматоїдний артрит (M05-M09), подагра (M10).
- 2.45 Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36).
- 2.46 Аутоімунні захворювання (M30-M36).
- 2.47 Хронічні аутоімунні артропатії та спондилопатії (M30-M36).
- 2.48 Остеопороз (M80-M82).
- 2.49 Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0).
- 2.50 Хронічна ниркова недостатність (N18).
- 2.51 Мастопатія (N60).
- 2.52 Ендометриоз (N80).
- 2.53 Гіперплазія ендометрія (N80).
- 2.54 Дисплазія епітелію шийки матки (N87), ерозія шийки матки (N86).
- 2.55 Ведення вагітності, пологи та післяпологовий період, звичне невиношування вагітності (O00 – O99), крім випадків надання екстреної допомоги (позаматкова вагітність або переривання вагітності за медичними показами) за для рятування життя Застрахованої особи.
- 2.56 Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою (P10-P15).
- 2.57 Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених (P91).
- 2.58 Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату (M15-M19, M40-M54), в т.ч. протрузії, хребцева кила, спондилоартроз, спонділолістез, остеохондроз, артроз та їх ускладнення, (терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення, та строком лікування не більше 14 днів з приводу одного випадку).
- 2.59 Психічні захворювання, розлади та їх ускладнення (F00-F99), в т.ч. розлади, пов'язані з вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків та ін.), психопатії, неврози, астено-депресивні стани, епілепсія (окрім екстрених станів), порушення (дефекти) мови, корекція психоемоційних станів. Травми та соматичні хвороби, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;
- 2.60 Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.) та інших органів (B65- B83, A06, A07.1);

- 2.61** Дерматологічні хвороби: псоріаз (L40), дерматит, екзема (L20-L30), вугрова хвороба (L70), розацеа (L71), мозолі (L84), алопеція (L63 – L65), контагіозний моллюск (B08.1), демодекоз, паразитарні хвороби шкіри (B85 – B86), укуси або ужалення неотруйними комахами (W57) тощо);
- 2.62** Функціональні порушення (в тому числі синдром подразненого кишківника, диспанкреатизм, дискінезія жовчовивідних шляхів (крім стадії вираженого загострення), (K82.2) дисбактеріоз, дисбіоз, бактеріальний вагіноз, диспепсія, функціональний закреп). Діагностика дисбіозу, дисбактеріозу, крім діагностики у дітей віком до 16 років. (K822, K85, K63.8.0, K00.7) та ін.
- 2.63** Доброякісні новоутворення (D10 – D48), кістозні утворення, у т.ч. видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші) за винятком ускладнених, що загрожують життю людини (травмування, кровотечі).
- 2.64** Алергічні хвороби (вазомоторній риніт, алергічний риніт (J 30), кон'юнктивіт (H10.1) та ін.), окрім станів, що загрожують життю Застрахованого (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів, генералізована кропив'янка).
- 2.65** Дисгормональні стани: клімакс (N95), аденома простати (N40), фіброміома (D25), кісти яєчників (N83.0 - N83.2), синдром виснажених яєчників (E28), порушення менструального циклу (N94.4 – N94.9), передменструальний синдром (N94.3), гіперпролактинемія (E22.1), овуляторний синдром (N94), фіброаденома (D24), лейкоплакія (N88.0) та ін., окрім станів, що загрожують життю Застрахованого (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо).
- 2.66** Простатит (N41), окрім стаціонарного лікування гострого неспецифічного простатиту, еректильні та сексуальні дисфункції (N48.4, F52), в т.ч. імпотенція та ін.

3. Страховик не визнає страховим випадком та страхова виплата не здійснюється:

- 3.1** Медичні послуги, медичну допомогу, медичне забезпечення в результаті навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень в тому числі спроб самогубства.
- 3.2** Профілактичні огляди, диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи.
- 3.3** Покриття двох та більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет представництва МОЗ України, крім випадків коли один препарат має місцеву, а інший – загальну дію та випадків стаціонарного лікування.
- 3.4** Медичні послуги та лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування, крім випадків травми (60 днів).
- 3.5** Захворювання в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації); персистуючих інфекцій.
- 3.6** Витрати на засоби, що не зареєстровані як лікарські в Україні та не входять до Державного реєстру лікарських засобів (в тому числі БАДи, харчові добавки, гігієнічні та косметичні засоби, предмети догляду за хворими тощо);
- 3.7** Витрати на засоби, що застосовуються при деменції.
- 3.8** Витрати на лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень, хондропротектори, в т.ч. хондроїтин сульфат глюкозамін тощо, бісфосфонати, тіофосфати, стимулятори тканинного обміну; засоби, що впливають на мінералізацію кісток; інгібітори фактору некрозу пухлин альфа; антинеопластичні засоби; засоби, що впливають на рівень ліпідів крові, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту терміном до 30 днів; психостимулюючі, снодійні, седативні препарати, антидепресанти, транквілізатори, ноотропні засоби; антитромботичні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту терміном до 30 днів; аналоги гонадотропін-релізинг гормону, контрацептивні засоби; імуностимулятори, імунomodulatory; засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню (крім призначення в умовах екстреного стаціонарного лікування); гепатопротектори, препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо); гомеопатичні та антигомтоксичні засоби; ензими загальної дії (вобензим, серата, дистрептаза тощо), препарати стрептокінази, стрептодорнази та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту

встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу); пробіотики, пребіотики, еубіотики; протигрибкові препарати, бактеріофаги; метаболічні препарати, стимулятори загальної дії, адаптогени; препарати полівітамінів і вітамінно-мінеральних комплексів, сироваток, антитіл, антигенів, специфічної імунотерапії алергічних захворювань; сольові розчини для зрошення слизових оболонок; інші рідини для промивання та зрошення; матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору страхування; простагландинів; профілактичної вакцинації, окрім антирабічної вакцинації та вакцинації проти правцю.

3.9 Будь-які послуги за абонементом; передплатою, комплексні дослідження, відшкодування благодійних внесків;

3.10 Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;

3.11 Оформлення медичних довідок: для МВС, носіння зброї, на вступ до учбових\дитячих закладів, сертифікати нарколога та психіатра тощо; відкриття та закриття лікарняного листку без огляду лікаря, доставка лікарняного листку в офіс, додому; оформлення лікарняного листку по догляду за дитиною, окрім випадків передбачених Програмою страхування;

3.12 Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, забір аналізів та інше), окрім випадків передбачених Програмою страхування;

3.13 Професійні огляди; довідка про огляд на стан алкогольного/наркотичного сп'яніння водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару додому, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади, оплата послуг таксі тощо.

3.14 Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в тому числі гіпноз, психотерапія, консультація та лікування у психолога, психотерапевта; логопеда; іридіодіагностика, біокорекція, мануальна терапія, рефлексотерапія, гірудотерапія; гемодіаліз, озонотерапія, плазмодіфільтрація, УФО терапія(тубус кварц), УФО крові, аутогемотерапія, спелеотерапія, ударно-хвильова терапія, кріотерапія, PRP-терапія;

3.15 Косметичний, профілактичний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), душ Шарко, підводний душ-масаж, використання барокамери, SPA - капсул та лазерних технологій.

3.16 Витрати на виробу медичного призначення (медичні виробу), та медичного інструментарію крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України

3.17 Витрати на придбання, підбору, корекції, ремонту, прокату медичного інструментарію, пристроїв, обладнання та устаткування; допоміжних засобів, що замінюють або корегують функції втрачених органів: окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, комірив Шанца, бандажів, еластичних бінтів, скотч- каст, компресійного трикотажу, милиць, інвалідних колясок інгаляторів, артроскопічні набори, штучні зв'язки, резорбтивні болти, гвинти, спиці, пролінова сітка, електроди, ріжучі петлі, ортези, протези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу, голки для біопсії, (спейсери, небулайзери та ін.).

3.18 Діагностика захворювань методами ПЦР, в т. ч. досліджень на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту.

3.19 Виклик додому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, лікарів вузькопрофільної спеціалізації; консультації в поліклініці провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук.

3.20 Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у тому числі ринопластика, септопластика, тощо), хірургічні (герніопластика), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору страхування та

підтверджений документально; планова аденотомія, тонзілектомія; гістеро- та лапароскопії, окрім невідкладних станів,

3.21 Трансплантація органів та тканин, їх пошук та доставку, а також оплату донорів та тканин (крім пересадки тканин як етап лікування травматичного ушкодження, отриманого в період дії Договору страхування); імплантація, протезування (у тому числі зубів), ендопротезування.

3.22 Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові в разі відсутності їх в медичному закладі.

3.23 Засоби, які корегують та/або замінюють функції органів: зокрема й штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани, кардіостимулятори, протези, ендопротези, імпланти, сітка медична для відновлювальної хірургії, медичне устаткування (витратні матеріали для МОС, артроскопії, *літотрипсії*, лапароскопії, емболізації, кисневі концентратори, інгалятори тощо), пристрої для вимірювання тонометри, глюкометри, пульсоксиметри тощо.

3.24 Медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в тому числі гормональні, ферментні, антигіпертензивні, ноотропні препарати), крім стадії загострення, в період якого відшкодовується вартість медикаментів до стабілізації стану здоров'я на строк до 14 днів.

3.25 Штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація, безпліддя, імпотенція, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, фонові та передпухлинні захворювання шийки матки, застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в тому числі золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”; будь-якої контрацепції та протизаплідних засобів, бальзамів для внутрішнього вживання, косметичних та гігієнічних засобів, засобів дезінфекції.

3.26 Порушення сексуальної та репродуктивної функції.

3.27 Визначення гормонального стану (більше 4-ти гормонів протягом строку дії Договору для кожної Застрахованої особи).

3.28 Зміна ваги, модифікація тіла, в тому числі хірургічна зміна статі; планова діагностика гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель), ліпидограма, консультація імунолога, специфічної терапії алергічних захворювань, дослідження онкомаркерів, транспорту солей, денситометрії, порушення мінерального обміну, генетичні дослідження при будь-якій патології, провокаційних проб, зокрема й фармакологічних та/або з фізичним навантаженням.

3.29 Корекція зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу тощо), окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в тому числі підбір окулярів, лазерна біостимуляція сітківки.

3.30 Профілактичні стоматологічні заходи: покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії емалі, зубні пасти, флоси.

3.31 Ортодонція, в т.ч. брекет-системи, трейнери, капи тощо; суцільнокерамічне протезування; відновлення зруйнованої більш ніж на 50 % коронки зуба (реставрація); штифти, імплантація зубів.

3.32 Лікування із застосуванням озону або лазера зубів, слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту.

3.33 Лікування тканин пародонту апаратом „Вектор”; лікування пародонтозу/пародонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії договору страхування.

3.34 Послуги тренера при занятті в тренажерному (спортивному) залі або басейні, косметичні послуги.

3.35 Витрати на необґрунтований виклик бригади невідкладної допомоги (в тому числі виклик через нежить, абстинентний синдром або за неіснуючою адресою тощо)

3.36 Медична допомога та медичні послуги, не обумовлені Програмою страхування та/або отримані в медичних закладах, які не визначені Програмою страхування без погодження із Страховиком; оплата послуг благодійним внеском.

3.37 Витрати, не підтвержені належним чином оформленими документами, передбаченими умовами цього Договору.

3.38 Експериментальне лікування, альтернативні консультації, (зокрема й таке, що не відповідає чинним Наказам, Клінічним протоколам та Настановам МОЗ, чинному законодавству України у сфері охорони здоров'я) перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду.

- 3.39** Консультації нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, гомеопата, логопеда.
- 3.40** Перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару, харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині виповнилося повні 6 (шість) років; організацію та оплату індивідуального сестринського поста.
- 3.41** Повторних медичних обстежень Застрахованого, та/чи придбання за його власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря).
- 3.42** Медичних послуг, не пов'язаних із лікувальним процесом (довідки водіям, для вступу до учбових/дитячих закладів тощо), послуги за абонементом тощо), диспансерне обстеження (спостереження).
- 3.43** Медичне транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань.
- 3.44** Подання документів на виплату Застрахованою особою, у разі самотійної сплати медичних послуг в строк, що перевищує 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання таких послуг з приводу стаціонарного лікування, та 30 (тридцять) календарних днів у всіх інших випадках.
- 3.45** Настання випадку, що має ознаки страхового, після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено.
- 3.46** Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту;
- 3.47** Події, що сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, лікування гострих та хронічних променевих уражень.
- 3.48** Лікування що проходить після закінчення строку дії Договору страхування (навіть якщо лікування та/або медикаменти були призначені під час дії Договору).
- 3.49** Будь-які події, які сталися внаслідок злочинних дій Застрахованої особи, що підтверджено вироком суду або іншим рішенням компетентних органів, а також під час утримання Застрахованої особи під вартою та/або перебування в місцях позбавлення волі.

4. Особи, які не можуть бути застраховані за умовами договору медичного страхування

- 4.1** Особи, які на момент укладення договору медичного страхування мали вік понад 65 років;
- 4.2** Особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;
- 4.3** Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та (або) шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
- 4.4** Особи, що страждають або страждали такими захворюваннями: ревматизм, вади серця; хронічна недостатність кровообігу, починаючи зі стадії ІВ та вище; гепатит В або С, цироз печінки; інсулінозалежний цукровий діабет; гломерулонефрит, хронічна ниркова недостатність ІІ ступеня та вище; енцефаліт, розсіяний склероз; епілепсія, паркінсонізм, шизофренія; хвороба Бехтерева, склеродермія, системний червоний вовчак; пухлини головного мозку та/або спинного мозку; злякисні новоутворення будь-якої локалізації, в т.ч. що призвели до стійкої втрати працездатності;
- 4.5** Особи які мають злякисні хвороби крові; мають трансплантовані органи (окрім зубів, волосся та шкіри);
- 4.6** ВІЛ – інфіковані; хворі на СНІД;
- 4.7** Особи з обмеженими можливостями (інваліда І-ІІ групи та особи з інвалідністю з дитинства).

5. Страховик не здійснює страхову виплату:

- 5.1** Якщо Розлад здоров'я Застрахованої особи пов'язаний або викликаний:
- 5.1.1.** Іонізуючим випромінюванням або радіоактивним забрудненням, що виходить від будь-якого ядерного палива або ядерних відходів або в результаті згорання ядерного палива;

5.1.2. Радіоактивністю, токсичністю, вибухонебезпечністю або іншими небезпечними або забруднюючими властивостями будь-якої ядерної установки, реактора або іншого ядерного агрегату або його частин;

5.1.3. Будь-якою зброєю, в якій використовується реакція атомного або ядерного розпаду і/або синтезу або інші подібні реакції або радіоактивні сили або речовини;

5.1.4. Порухенням режиму лікування та недотриманням рекомендацій лікаря;

5.2 Якщо програмою не передбачається покриття «воєнних ризиків», дія Договору не поширюється на розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався внаслідок війни, воєнних дій або військових операцій, громадянської війни, заколоту, народного повстання, провокації воєнного конфлікту, страйку, військового повстання, захоплення влади, введення надзвичайного або воєнного стану.

5.3 Якщо розлад здоров'я Застрахованої особи, є результатом будь-якого терористичного акту.

5.3.1. Під «терористичним актом» мається на увазі застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини або завдають значної майнової шкоди чи інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.

5.4 Якщо витрати, не підтверджені належним чином оформленими документами, передбаченими умовами договору страхування.

5.5 Якщо витрати не передбачені Програмою страхування.

5.6 Якщо події настали поза територією та терміном дії договору страхування.