Затверджені Наказом № 76
від 25.11.2024 р.

з початком дії з 05.12.2024 р.

«Затверджую»

Генеральний директор

ТДВ «СК «АРКС ЛАЙФ»

_____ В. В. Гавриленко

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ №040
ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

м. Київ, 2024 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Загальних умов страхових продуктів №040 за класом 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) (далі в тексті - «ЗУСП») ТДВ «СК «АРКС ЛАЙФ» (далі в тексті - «Страховик») укладає договори страхування на випадок хвороби та медичного страхування (надалі - Договори страхування або Договори) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками) від перелічених у ЗУСП ризиків.

1.2. За договорами медичного страхування Страховик гарантує Страхувальнику повну або часткову оплату медичної допомоги певного переліку і якості, які надаються Застрахованій особі медичними закладами, а також сервісними організаціями, які забезпечують надання асистанських послуг, у відповідності до обраних Страхувальником (Застрахованою особою) умов конкретного договору страхування та в межах страхової суми.

1.3. Частина умов, що містяться в даних ЗУСП, можуть бути скасовані або доповнені за згодою сторін при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку в письмовому або електронному вигляді, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ

Вигодонабувач – фізична або юридична особа, вказана Страхувальником в Договорі страхування як одержувач страхової виплати за письмовою згодою Застрахованої особи (в разі смерті особи, застрахованої за договором, в якому не вказаний інший Вигодонабувач, Вигодонабувачами визнаються спадкоємці Застрахованої особи).

Договір страхування - договір, укладений між Страховиком та Страхувальником на підставі чинного законодавства та ЗУСП. За Договором страхування Страховик приймає на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку:

- виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медичної допомоги (в межах страхової суми), яка необхідна Застрахованій особі;
- здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо).

Одночасно Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Застрахована особа – фізична особа, про страхування якої укладено Договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного життя, працездатності та здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

Заява на страхування - документ, який заповнюється Страхувальником і висловлює його бажання здійснити процес страхування у даного Страховика, а також містить основну інформацію, необхідну для укладення Договору страхування. Заява на страхування може бути подана в усній формі.

Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку, та на виплату страхового відшкодування – інформація, що надається Страхувальником (його представником) у формі телефонного звернення до контакт-центру Страховика, заяви через офіційний сайт Страховика в мережі Internet та/або письмового документа встановленої Страховиком форми, що заповнюється Страхувальником (особою яка має на це право відповідно до умов Договору страхування), яка містить основні відомості про подію, учасників події, характер пошкоджень, захворювання, медичної допомоги та дані, необхідні для вжиття Страховиком заходів щодо оформлення всіх необхідних документів.

Кредитор – фізична або юридична особа, яка має підтверджені належними документами майнові (грошові) вимоги до боржника;

Компетентні органи - офіційні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків страхових подій, розслідування причин їх виникнення, винесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до страхового випадку (наприклад, міліція, пожежна охорона, гідрометеослужба, швидка медична допомого тощо).

Асистанська компанія - сервісна організація, яка забезпечує надання послуг застрахованій особі відповідно до Договору страхування і в його межах, яка має із Страховиком договір про співпрацю.

Нещасний випадок - це короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму), призвів до тимчасової або постійної втрати працездатності Застрахованої особи або настала її смерть.

Період очікування – період, протягом якого будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми/свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах, не можуть бути підставою для отримання страхового відшкодування протягом усього терміну дії страхового покриття. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування протягом всього строку Дії договору страхування.

Страхування - це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.

Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, що відбулася після набуття чинності Договору страхування, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини (страхову виплату) Страхувальнику (Вигодонабувачу, Застрахованій особі) або третій особі.

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

Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі;

Страховик - юридична особа, яка приймає на себе за умовами Договору страхування за певну винагороду (страховий платіж) зобов'язання відшкодувати страхувальнику збитки, які виникли в результаті настання страхових випадків, передбачених ЗУСП.

Страхувальник – юридична особа та/або дієздатна фізична особа віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, яка уклала Договір страхування на користь себе або іншої третьої особи, по відношенню до якої у Страхувальника є майнові зобов'язання та прийняла умови страхування за Договором.

Страхова виплата - грошова сума, яку Страховик відповідно до Договору страхування повинен виплатити при настанні страхового випадку.

За договорами медичного страхування страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги та/або медикаментів та товарів медичного призначення, що надані медичними або фармацевтичними закладами Застрахованій особі за конкретним договором страхування.

Страховий акт – документ, що складається Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (нестраховий) випадок, та в якому зафіксовано суму страхової виплати.

Страхова сума - визначена Договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язується здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку і виходячи з якої визначається розмір страхової премії.
Страховий платіж (премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику в порядку і у термін, встановлені Договором страхування.
Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від страхової суми та використовуватись як до загальної страхової суми, так і до страхової суми по кожному окремому предмету Договору страхування, в залежності від умов Договору страхування.
Умовна франшиза – страховик не несе відповідальності за збитки, що не перевищують розміру франшизи, та зобов'язаний відшкодувати збитки повністю, якщо їх розмір перевищує розмір встановленої франшизи.
Безумовна франшиза – страховик зобов'язаний відшкодувати збитки за вирахуванням встановленої франшизи.
Документ – спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно: матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні).
Копія документу - це точне відтворення документа з оригіналу на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом.
Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія) - візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчено електронним цифровим підписом (кваліфікованим електронним підписом).
Медичні заклади - (заклади охорони здоров'я) - підприємства, установи та організації або їх відокремлені підрозділи, що забезпечують медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Перелік медичних закладів, звернення до яких визнається Страховиком страховим випадком за Договором страхування, зазначається в Договорі страхування та в договорі Страховика з Асистанською компанією.
Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, а також маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення.
Опція програми страхування – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених програмою страхування.
Програма страхового продукту (програма страхування) – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в рамках умов одного 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, видом та розміром.

Терміни, що не обумовлені даними ЗУСП, визначаються Законом України „Про страхування" та іншими законодавчими і підзаконними актами України.
Якщо значення якого-небудь терміну (найменування або поняття) не обумовлено цими ЗУСП та не може бути визначено, виходячи з законодавства, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.
3.2. Об'єктом страхування за Договорами страхування є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

4. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Клас страхування 2 "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", включає такі ризики в межах класу страхування:
4.1.1. страхування на випадок хвороби;
4.1.2. медичне страхування.
4.2. Ризик, зазначений в п. 4.1.1 цих ЗУСП, 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 в разі настання страхового випадку, уключаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).
4.2.1. Ризик, зазначений в п. 4.1.1 не передбачає страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання, передбачених за класом страхування 1, крім настання хвороби, спричиненої нещасним випадком.
4.2.2. За даним ризиком «страхування на випадок хвороби», здійснюється страхування на випадок настання:
4.2.2.1. певної хвороби, переліку або групи (груп) хвороб, визначених Договором страхування;
4.2.2.2. будь-якої хвороби, крім тих, які прямо зазначені в Договорі страхування як виключення.
4.3. Ризик, зазначений в п.4.1.2 «медичне страхування», 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 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 страхування.
4.3.1. За Договором страхування, укладеним за ризиком, зазначеним в п.4.1.2 «медичне страхування», у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування.
4.4. Страховим випадком з медичного страхування є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного, фармацевтичного або іншого закладу.

4.5. Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі.

4.6. Перелік можливих страхових випадків:

4.6.1. гостре захворювання;

4.6.2. хронічне захворювання у стадії загострення;

4.6.3. хронічне захворювання поза стадією загострення;

4.6.4. травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку;

4.6.5. інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне);

4.6.6. необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або товарах.

4.7. Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів.

4.8. Страхування за цими ЗУСП може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

- організацію послуг;
- консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів та інше);
- оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення, згідно Програми страхування.
- оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.

4.9. Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком може відбуватись як шляхом відшкодування витрачених коштів Застрахованою особою, так і медичній або іншій установі на підставі Заяви Застрахованої особи.

4.10. Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування:

4.10.1. Медичні послуги при «загальних соматичних» захворюваннях:

4.10.1.1. послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги;

4.10.1.2. невідкладна стаціонарна допомога;

4.10.1.3. планова стаціонарна допомога;

4.10.1.4. консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

4.10.1.5. інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

4.10.1.6. амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати);

4.10.1.7. денний стаціонар та маніпуляції;

4.10.1.8. фізіопроцедури;

4.10.1.9. лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;

4.10.1.10. оформлення медичної документації;

4.10.1.11. медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах;

4.10.1.12. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.

4.10.2. Медичні послуги при «спеціальних» соматичних захворюваннях:

4.10.2.1. стоматологічні послуги;

4.10.2.2. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;

4.10.2.3. діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань;

4.10.2.4. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
4.10.2.5. діагностика та лікування ускладнень вагітності;
4.10.2.6. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше підчас дії Договору;
4.10.2.7. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору;
4.10.2.8. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше підчас дії Договору;
4.10.2.9. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору;
4.10.2.10. діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору;
4.10.2.11. діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору;
4.10.2.12. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору;
4.10.2.13. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору;
4.10.2.14. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору;
4.10.2.15. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору;
4.10.2.16. діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, наведених в Додатку №3;
4.10.2.17. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.
4.10.3. Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги:
4.10.3.1. профілактика грипу;
4.10.3.2. вітамінізація;
4.10.3.3. профілактично-оздоровчі послуги;
4.10.3.4. профілактично-оздоровчий масаж;
4.10.3.5. плановий патронаж вагітної жінки;
4.10.3.6. медична допомога при пологах;
4.10.3.7. патронаж дитини до 1 року;
4.10.3.8. планова вакцинація дитини;
4.10.3.9. профілактичний огляд за наказом МОЗ;
4.10.3.10. профілактичний огляд;
4.10.3.11. офтальмологія профілактична;
4.10.3.12. офісна аптечка;
4.10.3.13. офісний лікар;
4.10.3.14. корпоративний ліміт на виключення;
4.10.3.15. спеціальні опції.
4.10.3.16. інші опції, передбачені договором страхування;
4.10.3.17. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.
4.10.4. Інша допомога, передбачена Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі:

4.10.4.1.організація проїзду (включаючи оплату проїзду та оформлення необхідних для проїзду документів) Застрахованої особи та осіб, які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) до місця надання медико-санітарної допомоги та до місця постійного проживання після надання медико-санітарної допомоги;
4.10.4.2.організація, оплата проживання і харчування Застрахованої особи та осіб які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) під час надання медико-санітарної допомоги;
4.10.4.3.репатріація тіла, у разі смерті Застрахованої особи та/або прижиттєвого донора (при трансплантації органів);
4.10.4.4.інші супровідні послуги, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, передбачені Договором страхування.
4.11. Страховик має право комбінувати різні опції в межах програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.
4.12. Детальний опис опцій страхування наводиться у Договорі страхування.
4.13. Страховим випадком зі **страхування на випадок хвороби** є:
4.13.1. Захворювання (включаючи травматичні пошкодження, отруєння, опіки, обмороження, інші пошкодження внаслідок нещасних випадків) Застрахованої особи, яке вимагає амбулаторного (амбулаторно-стаціонарного) лікування або стаціонарного лікування, при умові, що воно сталося під час дії договору страхування та підтверджене документами, виданими компетентними органами (медичними закладами) у встановленому законом порядку;
4.13.2. Встановлення I, II або III групи інвалідності або статуса дитини з івалідністю Застрахованій особі внаслідок захворювань, зазначених у п. 4.13.1 цих ЗУСП;
4.13.3. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок захворювання;
4.13.4. Госпіталізація Застрахованої особи особи внаслідок захворювання;
4.13.5. Перенесене Застрахованою особою хірургічне втручання внаслідок захворювання;
4.13.6. Критичні захворювання Застрахованої особи;
4.13.7. Смерть Застрахованої особи внаслідок подій, зазначених у п. 4.13.1 цих ЗУСП.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

5.1. Наведені у ЗУСП переліки прав та обов'язків Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи не є вичерпними. Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або ЗУСП, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.
5.2. Страхувальник має право:
5.2.1. перевіряти виконання Страховиком додержання умов договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;
5.2.2. вимагати від Страховика здійснення своєчасної страхової виплати, виходячи із програми медичного страхування в обсязі, що був передбачений договором страхування;
5.2.3. розширити перелік медичної допомоги, перелік обраних страхових ризиків або підвищити розмір страхової суми шляхом внесення змін до діючого договору страхування, сплативши при цьому Страховику додатковий страховий платіж;
5.2.4. достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, ЗУСП або чинним законодавством України;
5.2.5. обрати будь-який медичний заклад з числа рекомендованих Страховиком (його представником) або Асістанською компанією;
5.2.6. обрати лікаря з числа лікарів, залучених для надання медичної допомоги;

5.2.7. здійснити під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за погодженням із Страховиком та Застрахованою особою.
5.2.8. Надавати Страховику за Договором страхування копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу у разі якщо це визначено у Договорі страхування.
5.3. Страхувальник зобов'язаний:
5.3.1. своєчасно вносити страхові платежі;
5.3.2. при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
5.3.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмету договору страхування;
5.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
5.3.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами договору страхування.
5.3.6. На вимогу Страховика надати оригінали документів, у строк визначений Страховиком, у разі якщо Страхувальник надавав копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу.
5.4. Умовами договору страхування може бути передбачено, що Страхувальник зобов'язаний:
5.4.1. забезпечувати збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;
5.4.2. достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я і можливі існуючі ризики його втрати (зміна ступеню ризику);
5.4.3. не наражатись свідомо на ризик втрати свого здоров'я;
5.4.4. надавати лікарю-експерту можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;
5.4.5. дотримуватись правил розпорядку та режиму роботи медичного закладу, який надає медичну допомогу, виконувати призначення та рекомендації лікарів;
5.4.6. надати Страховику договір страхування (страховий поліс, страхове свідоцтво, сертифікат) для прийняття рішення про оплату послуг медичного закладу.
5.4.7. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), в тому числі копії документів засвідчені у відповідності до порядку встановленому законодавством, необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.
5.4.8. надати на усний та/або письмовий запит Страховика, у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.
5.5. Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено договором страхування:
5.5.1. У випадках передбачених в пунктах 5.2.2- 5.2.6, 5.3.2- 5.3.3., 5.4.3. цих ЗУСП - з моменту набуття чинності договору страхування до настання страхового випадку;

5.5.2. У випадках передбачених в пунктах 5.2.7, 5.3.5, 5.4.4. - 5.4.5 цих ЗУСП - після настання страхового випадку;
5.5.3. Страхувальник має право при укладанні Договору страхування призначити Вигодонабувача за своїм вибором та згодою Застрахованої особи, та звертатися до Страховика з проханням про заміну Вигодонабувача в період дії Договору страхування до настання страхового випадку;
5.5.4. В інших випадках - в порядку і в строки, встановлені договором страхування.
5.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника або перелік обов'язків може бути скорочено.
5.7. Страховик має право:
5.7.1. перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та/або Застрахованою особою;
5.7.2. Під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування;
5.7.3. запитувати і одержувати відомості, пов'язані із страховим випадком, від державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян;
5.7.4. відмовити в страховій виплаті при наявності підстав та у випадках, передбачених цими ЗУСП та договором страхування;
5.7.5. відстрочити вирішення питання про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати в разі порушення кримінальної справи за фактом подій, що призвели до нещасного випадку, травмування або захворювання Застрахованої особи, до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами;
5.7.6. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених ЗУСП та договором страхування;
5.7.7. достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, згідно з п.п. 6.4 - 6.7 цих ЗУСП.
5.7.8. Запитувати та одержувати від Страхувальника/Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини оригінали та копії документів, в тому числі засвідчені у відповідності до порядку встановленому законодавством, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати.
5.7.9. В будь-який час вимагати від Страхувальника та/або інших осіб які подають документи по Договору страхування, надати оригінали документів, у разі якщо були надані копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу.
5.7.10. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції, у випадках передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема, у разі:
- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.
5.7.11. отримувати, використовувати та на свій розсуд передавати третім особам, в тому числі поза межами території України, достовірну і повну інформацію та документи, у тому числі медичні документи та медичну інформацію, що становлять та/або містять лікарську таємницю

та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я Застрахованої особи та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнози можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання, про що Застрахована особа надає свою згоду при укладенні Договору страхування.

5.7.12. Відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування без пояснення причин.

5.8. Страховик зобов'язаний:

5.8.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та ЗУСП;

5.8.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику; Договором страхування може бути встановлено інший строк такого вжиття заходів;

5.8.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, в строк передбачений цими ЗУСП та Договором страхування. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати з вини Страховика, Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування;

5.8.4. не розповсюджувати відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України та умовами Договору страхування;

5.8.5. відшкодовувати витрати (погоджені зі Страховиком), понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;

5.8.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним договір страхування;

5.8.7. здійснювати інші дії, передбачені законодавством України, даними ЗУСП та договором страхування;

5.8.8. умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика або перелік обов'язків може бути скорочено.

5.9. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

5.10. Суперечки по Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

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

5.12. Страхувальник повідомлений, що Страховик не надає страхове покриття/не виплачує страхове відшкодування за Договором/не встановлює та/або не продовжує ділові відносини/не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії, та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи.

Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту ЗУСП, після того як зазначені в цьому пункті ЗУСП санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке ж правило діє для видаткових операцій, які не були здійсненні на виконання умов першого речення цього пункту ЗУСП.

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

6.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін. Договором страхування може бути передбачено внесення змін шляхом розміщення оновленої форми Договору, що укладено шляхом приєднання до публічної пропозиції, на веб-сторінці Страховика; при цьому в випадку відсутності письмового заперечення Страхувальника протягом п'яти робочих днів від дати такого розміщення оновленої форми Договору, зміни до Договору вважатимуться погодженими.

6.2. Всі зміни або доповнення умов Договору здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін Договору і оформлюються шляхом укладання Додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до Договору, що містить нові умови Договору і є невід'ємною частиною Договору страхування.

6.2.1. У разі незгоди Страхувальника зі змінами до умов Договору, Страхувальник відмовляється від укладання Додаткової угоди до Договору і такий договір може бути розірваний на підставі письмової заяви Страхувальника, яка надсилається Страхувальником Страховику на поштову адресу: **04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, ТДВ «СК «АРКС ЛАЙФ», з поміткою «Розірвання договору»** з врахуванням положення п. 6.4. цих ЗУСП.

6.3. Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

6.3.1. закінчення терміну дії договору страхування;

6.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами) у повному обсязі;

6.3.3. несплати Страхувальником страхових платежів у терміни, встановлені договором страхування. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж (його частина) не був сплачений за вимогою Страховика протягом 10 (Десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

6.3.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи, смерті Страхувальника - фізичної особи (Застрахованої особи) або втрати дієздатності Страхувальником - фізичною особою до моменту переходу до Застрахованої особи прав і обов'язків за договором страхування (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);

6.3.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.3.6. винесення судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

6.3.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

6.4. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніш як за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

6.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням:

6.5.1. частки витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу;

6.5.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором страхування.

6.6. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

6.7. При достроковому припиненні дії договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за час дії договору з вирахуванням:

6.7.1. частки витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу;

6.7.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором страхування.

6.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.

6.9. В усіх випадках припинення дії договору страхування Страховику повинні бути повернуті страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).
6.10. У разі припинення дії Договору страхування в зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.
6.11. В разі визнання Договору страхування недійсним кожна з сторін зобов'язана повернути іншій стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.
6.12. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.
6.13. Договір страхування вважається таким, що не набрав чинності у разі ненадання Страховику згоди Страхувальника та/або Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини, оформленої у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України та/або країни, де дана згода підлягає наданню, на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан свого здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.
6.14. Зміни або доповнення умов договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін договору і оформлюються шляхом складання додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до договору страхування, що містить нові умови договору і є невід'ємною частиною договору страхування.
6.15. Додаткова угода до договору страхування повинна містити умови визначені законодавством, зокрема але не виключно:
6.15.1. назву документа;
6.15.2. назву та адресу Страховика;
6.15.3. прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника і його адресу;
6.15.4. номер та дату укладення договору страхування;
6.15.5. зміни або доповнення до умов договору.
6.16. У випадку збільшення кількості Застрахованих осіб, Страхувальник після внесення відповідних змін до договору страхування сплачує за нових Застрахованих осіб страховий платіж, розрахований Страховиком виходячи із періоду часу, що фактично залишився до закінчення строку дії договору страхування. На ім'я нових Застрахованих осіб Страховик у відповідності до ЗУСП видає страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).
6.17. У випадку зменшення кількості Застрахованих осіб (при наявності згоди на це Застрахованих осіб, що виключаються із списку), або за бажанням Страхувальника у разі припинення трудових відносин з застрахованими працівниками, Страховик після внесення відповідних змін до договору страхування повертає Страхувальнику страховий платіж, фактично сплачений за виключених Застрахованих осіб, за вирахуванням:
6.17.1. частки витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу;
6.17.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким договором страхування виключеним Застрахованим особам до моменту їх виключення із договору страхування.
6.18. Страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати), раніше видані на ім'я виключених із договору Застрахованих осіб, повинні бути повернуті Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважаються анульованими і не можуть бути підставою для оплати вартості одержаної медичної допомоги.
6.19. Заміна Застрахованої особи, зазначеної в договорі страхування, іншою Застрахованою особою може бути зроблена за ініціативою Страхувальника (при наявності письмової згоди на

це вибуваючої Застрахованої особи) або самої Застрахованої особи шляхом внесення змін до договору страхування.

6.20. Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів), що раніше були видані на ім'я Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих осіб, Страховик у відповідності до ЗУСП видає на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

6.21. Страхувальник зобов'язаний негайно (не пізніше 48 годин) інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України. Страховик не вправі вимагати дострокового припинення дії договору страхування після того, як обставини, що спричиняли збільшення страхового ризику, припинилися.

6.22.

7. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

7.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

7.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором страхування;

7.2. Порядок та строки повернення страховиком страхової премії (її частини) в разі відмови страхувальника від договору страхування, а також інші умови використання права на відмову від договору страхування заначаютьбся в Договорі страхування.

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

8.1. При виникненні у Застрахованої особи потреби в одержанні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто, за телефоном до Страховика (його представника) або Асистанської компанії, за допомогою електронної пошти, чату на сайті, мобільного додатку Асистанської компанії – партнера Страховика, та месенджерів, відомості про яких наведені в договорі страхування / страховому полісі (страховому свідоцтві, сертифікаті) та надає наступну інформацію:

8.1.1. Прізвище, ім'я Застрахованої особи та дату народження;

8.1.2. Детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;

8.1.3. Контактний телефон.

Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами, піклувальниками, або представниками, що діють на законних підставах.

8.2. Лікар – координатор Асистанса проводить ідентифікацію Застрахованої особи та чинність Договору, надає консультації та, у разі необхідності, організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.

8.3. Страховик (його представник) або Асистанська компанія рекомендує Застрахованій особі конкретні медичні заклади, де після звернення Застрахованої особи їй буде надана необхідна медична допомога.

8.4. При зверненні до медичного закладу, рекомендованого Страховиком (його представником) або Асистанською компанією, медична допомога (медичні послуги) Застрахованій особі надається за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

8.4.1. документ, що посвідчує Застраховану особу;

8.4.2. страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) або номер акцепту чи страхової картки

8.4.3. направлення Страховика або Асистанської компанії, якщо це передбачено договором страхування.

8.5. Застрахована особа може бути направлена Асистанською компанією до медичного закладу за попередньою домовленістю із Страховиком по телефону.

8.6. При необхідності в медичній допомозі та неможливості Асистансом організувати таку медичну допомогу в Договірному медичному закладі Застрахована особа може отримати медичну допомогу в медичному закладі, не передбаченому договором. Обов'язковою умовою є попереднє, перед отриманням та сплатою послуг, медикаментів та товарів медичного призначення, погодження Асистансу.

8.7. При настанні страхових випадків, вказаних в п. 4.13 цих ЗУСП, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен повідомити про це Страховика, як тільки стане можливим, але не пізніше 5 робочих днів від дня настання страхового випадку, шляхом надання письмового повідомлення за формою, визначеною Страховиком (надалі – «Повідомлення»). Якщо з поважних причин Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не мав змоги надати Повідомлення у вказаний строк, цей строк може бути збільшений за згодою Страховика;

8.8. Строк, протягом якого Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, встановлюється у Договорі страхування, але він не може перевищувати 30 календарних днів з моменту закінчення лікування чи встановлення групи інвалідності, а у випадку смерті Застрахованої особи – не пізніше семи місяців з моменту настання страхового випадку якщо інше не вказано Договором страхуання.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

9.1. За класом страхування 2 можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати в разі настання страхового випадку:

9.1.1. фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;

9.1.2. відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;

9.1.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

9.2. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюються Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, його правонаступника або третіх осіб, визначених договором страхування) та страхового акту, складеного після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

9.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати медичному закладу, фармацевтичному закладу, Асистанській компанії вартості медичної допомоги та/або медикаментів та товарів медичного призначення, наданих медичними та фармацевтичними закладами Застрахованій особі, в рамках Договору страхування.

9.4. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та вартість наданої медичної допомоги, визначено договорами між Страховиком та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.

9.5. Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг), якщо медичну допомогу надавали медичні заклади, з якими Страховик не має договору про співпрацю.

9.6. Відповідальність Страховика по відшкодуванню збитків (здійсненню страхового відшкодування/страхової виплати) за ризиками, вказаними в Договорі, настає не раніше дня отримання Страхувальником згоди Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформленої по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню.

9.7. Якщо Застрахована особа (його правонаступник або треті особи, визначені договором страхування) самостійно сплатив вартість медичної допомоги, та/або медикаментів та товарів медичного призначення документами, що підтверджують настання страхового випадку та вартість медичної допомоги, є:

9.7.1. Заява про подію та на виплату;

9.7.1.1. Якщо інше не передбачено Договором, Заяву про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування, або шляхом подання заяви через офіційний сайт Страховика. Сторони погодили, що належне виконання Страхувальником цього пункту є повідомленням про настання події, що має ознаки страхового випадку, та не потребує додаткового письмового підтвердження, окрім випадків, передбачених п. 9.7.1.5 ЗУСП.

9.7.1.2. Страховик здійснює фіксацію Заяви про подію та на виплату відповідно до інформації, отриманої від Страхувальника (його представника) під час телефонної розмови.

9.7.1.3. При фіксації Заяви про подію та на виплату Страхувальник зобов'язаний надати Страховику повну та достовірну інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку.

9.7.1.4. З метою фіксації Заяви про подію та на виплату та іншої інформації про страховий випадок Страховиком здійснюється запис телефонної розмови.

9.7.1.5. Для підтвердження настання страхового випадку Страхувальник зобов'язаний надати письмову Заяву про подію та на виплату, за формою визначеною Страховиком протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання такої події (незалежно від фіксації Заяви через контакт-центр Страховика у телефонному режимі) виключно за вимогою Страховика.

9.7.1.6. Крім Страхувальника, Заяву про подію та на виплату можуть надати інші уповноважені ним особи. У випадку виникнення суперечок між Сторонами стосовно інформації, наданої зазначеними особами, обов'язок доведення її достовірності/недостовірності несе Страхувальник.

9.7.2. До Заяви про подію та на виплату додаються такі документи:

9.7.2.1. договір страхування (страховий поліс) за вимогою Страховика;

9.7.2.2. копії документів що посвідчують Застраховану особу (Вигодонабувача);

9.7.2.3. копії рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;

9.7.2.4. виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування;

9.7.2.5. рахунки закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами);

9.7.2.6. платіжні документи з медичних та фармацевтичних закладів з зазначенням назви медичних препаратів;

9.8. Якщо Страхувальником надані Страховику лише копії вказаних в підпунктах 9.7.2.4-9.7.2.6 документів, з суми страхового відшкодування, що є компенсацією витрат Страхувальника, Страховик може утримувати та перераховувати до бюджету податок на доходи фізичних осіб та воєнний збір за ставкою та за правилами, передбаченими положеннями Податкового Кодексу України. В разі змін податкового законодавства

оподаткування суми страхового відшкодування буде здійснюватися Страховиком відповідно до таких змін.

9.9. Документи та/або інформація, передбачені Розділом 9 ЗУСП можуть бути надані Страхувальником шляхом подання особисто представнику Страховика, та/або подання за допомогою засобів поштового зв'язку, та/або через згенероване посилання, надіслане Страхувальнику за допомогою засобів мобільного зв'язку або застосунків-месенджерів, та/або шляхом направлення на адресу корпоративної електронної пошти Страховика та/або офіційний обліковий запис у застосунках-месенджерах співробітника Страховика, або будь-яким іншим способом, визначеним Страховиком крім випадків на вимогу Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування. Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної в копіях наданих документів, несе Страхувальник.

9.10. Оскільки оригінал документа може існувати в єдиному примірнику і бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник може надавати Страховику копії документів зручним для нього способом відповідно до п. 9.9 ЗУСП, за умови збереження оригіналу у себе, надання оригіналу Страховику за його першою вимогою в т. ч., але не виключно, після закінчення дії Договору страхування, повної відповідності таких документів наведеному в цих ЗУСП визначенню копії документа, а у разі надання цифрової копії документа - в т. ч. за умови повної відповідності вимогам, вказаним в п. 9.10 цих ЗУСП. На вимогу Страховика, яка може бути здійснена як письмово шляхом обміну електронними повідомленнями, так і усно, Страхувальник зобов'язується надати Страховику для ознайомлення та огляду оригінали документів способом та в термін, визначені Страховиком. Надаючи копії документів, Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. електронні, цифрові) є такими, що виготовлені з існуючого оригіналу документа; їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачене останнім страхове відшкодування.

9.11. Страховик має право запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати, а також медичну історію хвороб Застрахованої особи за 10 (десять) років, що передували настанню випадка, що має ознаки страхового. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я та/або отримання медичних послуг, у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика або доцільність. Документ, цифрова копія якого надається Страховику має відповідати таким вимогам:

9.11.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду:

- документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);
- документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

9.11.2. має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

9.12. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.

9.13. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) приймається страховиком протягом 15 робочих днів з дня отримання від Застрахованої особи або медичного закладу всіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку. Рішення про відмову у виплаті страхової суми (її частини) повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій або електронній формі з обгрунтуванням причин відмови.
9.14. У разі отримання медичної допомоги в медичних закладах, з якими Страховик не має договорів про співпрацю, або у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичної допомоги, термін здійснення страхових виплат встановлюється договором страхування, але цей термін не може перевищувати 15 робочих днів з дня прийняття рішення про виплату.
9.15. Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистанській компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами.
9.16. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування.
9.17. Страхові виплати здійснюються в національній валюті України.
9.18. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страхувальник може подати Страховику документи визначені цими ЗУСП у вигляді копій документів та/або електронних копій оригіналів паперових документів. Страхувальник надаючи копії документів та/або електронні копії паперових документів Страховику несе повну відповідальність за наявність оригіналів наданих документів у себе та зобов'язаний надати оригінали документів Страховику за його першою вимогою у встановлені Страховиком строки і терміни.
9.19. Також, Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. електронні, цифрові), які надаються Страховику є такими, що виготовлені з існуючого оригіналу документа; їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа.
9.20. Страхова виплата за страховими ризиками, вказаними в п.4.13 цих ЗУСП здійснюється Страховиком на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємців Застрахованої особи) на страхову виплату, всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір шкоди, складеного Страховиком Страхового акту у порядку, обумовленому діючим законодавством України, цими ЗУСП та Договором страхування.
9.21. Страховик, при необхідності, запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком, в медичних закладах, у правоохоронних органів і інших закладах і організаціях, що мають інформацію про настання та обставини страхового випадку, а також, самостійно з'ясовує причини й обставини страхового випадку. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику усі необхідні документи згідно з п. 9.31 цих ЗУСП. Ненадання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті як в цілому, так і в частині. При настанні випадку, що має ознаки страхового, Страховик має право вимагати від Страхувальника нотаріально посвідченої згоди на безумовне розкриття ним лікарської таємниці та/або конфіденційної інформації, що безпосередньо повязана зі страховим випадком. В даному випадку, Страхувальник повинен протягом 5-ти робочих днів з дати отримання вищезазначеної вимоги, звернутися до вказаного Страховиком нотаріуса (особи, яка виконує функції нотаріуса в передбачених законодавством випадках). Нотаріальні витрати на посвідчення даної згоди Страхувальника, покриваються за рахунок коштів Страховика. Недотримання Страхувальником всіх вимог Страховика, зазначених в даному пункті, є підставою для відмови в здійсненні страхової виплати в повному обсязі або частково.
9.22. Умовами Договору страхування може бути передбачена страхова виплата шляхом оплати наданих Застрахованій особі в зв'язку з захворюванням платних медичних послуг в межах суми, яка належить до виплати з приводу цього захворювання, за письмовим розпорядженням Застрахованої особи про оплату медичних послуг Страховиком, оформленим згідно чинного законодавства.

9.23. При настанні страхового випадку, вказаного в п. 4.13.1 цих ЗУСП, розмір страхової виплати визначається наступним чином (якщо інше не передбачено Договором страхування):
9.23.1. При амбулаторному лікуванні, що підтверджується лікарняним листом (або іншим медичним документом - довідкою тощо, для непрацюючих - довідкою медичного закладу) - 0,2% -10% від страхової суми за кожен день лікування, але не більше, ніж за 20 днів лікування. Конкретний розмір страхової виплати у відсотках від страхової суми узгоджується між сторонами при укладенні Договору страхування та зазначається в ньому;
9.23.2. При стаціонарному лікуванні - 3% - 5% від страхової суми за кожний день лікування. Конкретний розмір страхової виплати у відсотках від страхової суми узгоджується між сторонами при укладенні Договору страхування та зазначається в ньому;
9.23.3. Договором страхування може бути передбачено визначення розміру виплат за таблицею виплат у відповідності з видом травматичного (тілесного) ушкодження (розладу функцій організму) або його наслідками. Така таблиця узгоджується з Страхувальником при укладанні Договору страхування і є його невід'ємною частиною.
9.24. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 4.13.2 цих ЗУСП, страхова виплата здійснюється Застрахованій особі в наступному розмірі: при встановленні першої групи інвалідності - 100% страхової суми, вказаної в договорі по даному виду страхових випадків; при встановленні другої групи інвалідності – не більше 80% страхової суми; при встановленні третьої групи інвалідності – не більше 60% страхової суми.
9.24.1. При встановленні Застрахованій особі в період дії Договору страхування більш високої групи інвалідності, страхова виплата здійснюється з урахуванням раніше виплачених сум у зв'язку із страховим випадком, зазначеним у п 4.13.2 ЗУСП, але не вище страхової суми, встановленої по даному виду страхових випадків.
9.25. При настанні страхового випадку, вказаного в п. 4.13.3 цих ЗУСП, Вигодонабувачеві (спадкоємцям Застрахованої особи) виплачується 100% страхової суми. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачеві, вказаному у Договорі страхування. Якщо в Договорі страхування Вигодонабувач не вказаний, Вигодонабувачами признаються спадкоємці Застрахованої особи.
9.26. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми для цієї Застрахованої особи, встановленої Договором страхування.
9.27. У випадку, коли Вигодонабувачем є Банк або будь-який інший Кредитор, договором страхування може бути передбачено виплату в розмірі (в межах) страхової суми, але не більше заборгованості Застрахованої особи перед Банком (іншим Кредитором) на момент настання страхового випадку.
9.28. Страхова виплата здійснюється за бажанням Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) шляхом її перерахування на особовий рахунок одержувача в установі банку, готівкою у касі Страховика або переказу поштою.
9.29. Для одержання страхової суми особа, яка має право на її одержання, може видати доручення будь-якій особі. Доручення повинне бути оформлено у встановленому законом порядку.
9.30. Страхова виплата здійснюється в тій валюті, яка передбачена Договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.
9.31. Документи, необхідні для одержання страхової виплати, у зв'язку із страховими випадками, вказаними в п. 4.13 цих ЗУСП (надаються Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцями Застрахованої особи):
9.31.1. Повідомлення;
9.31.2. Письмова заява на страхову виплату встановленої форми;
9.31.3. Договір страхування (страховий поліс, свідоцтво, сертифікат);
9.31.4. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи або його копія (при настанні страхового випадку згідно п. 4.13.3 цих ЗУСП);

9.31.5. Висновок відповідного закладу про причину смерті, довідка з медичного закладу, яка підтверджує, що захворювання, яке призвело до смерті, сталося під час дії Договору страхування;
9.31.6. При необхідності, акт про нещасний випадок (травматичне пошкодження) або документ від компетентних органів, який підтверджує факт настання нещасного випадку;
9.31.7. Свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріальною конторою (для спадкоємців);
9.31.8. Висновок медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності (при настанні страхового випадку згідно п. 4.13.2 цих ЗУСП);
9.31.9. Медична картка, витяг з історії хвороби, листок непрацездатності або його копія, видана лікувальним закладом (в разі неможливості отримання листка непрацездатності надається довідка лікувального закладу);
9.31.10. Паспорт Застрахованої особи (Вигодонабувача) або документ, що посвідчує особу;
9.31.11. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі (Вигодонабувачу);
9.31.12. Інші документи за вимогою Страховика, необхідні для встановлення факту настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати.
9.31.13. Договором страхування можуть бути передбачені інші документи додатково до наведеного переліку, або вимога надання деяких з наведених в цьому переліку документів може бути скасована.
9.32. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, що не перевищує 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання письмової Заяви на здійснення страхової виплати та інших документів згідно з п. 9.31 цих ЗУСП, та оформляється Страховим актом за встановленою Страховиком формою.
9.33. Якщо випадок визнано страховим, страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання Страхового акту, якщо інше не передбачено Договором страхування.
9.34. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову в здійсненні страхової виплати, якщо:
9.34.1. В нього є мотивовані сумніви в правомірності вимог на одержання страхової виплати - до отримання роз'яснень компетентних органів, але не більше, ніж на три місяці з дня одержання Заяви на здійснення страхової виплати;
9.34.2. Розмір шкоди протягом встановленого в Договорі страхування строку визначити неможливо – до визначення розміру шкоди, але не більше, ніж на три місяці з дня одержання Заяви на здійснення страхової виплати;
9.34.3. Порушено кримінальну справу щодо настання страхового випадку і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку - до закінчення розслідування або судового розгляду.
9.34.4. В інших випадках, зазначених в Договорі страхування, однак не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дати отримання від Страхувальника усіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати.
9.35. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови у строк, не більший ніж 10 (десять) робочих днів з дня прийняття такого рішення.
9.36. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки та порядок прийняття рішення про здійснення страхової виплати, відмову у здійсненні страхової виплати або відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо:
10.1.1. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) вчинили навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена форма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цивільного чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій

Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
10.1.2. Страхувальником (Застрахованою особою) вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку;
10.1.3. Страхувальник (Застрахована особа) повідомив Страховику свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку (стан здоров'я Застрахованої особи, обсяг або якість наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розмір витрат на лікування);
10.1.4. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) несвоєчасно повідомили про настання страхового випадку без поважних на це причин або створювали Страховикові перешкоди у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування та/або перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
10.1.5. Страхувальник (Застрахована особа) отримав повне відшкодування збитку від третіх осіб;
10.1.6. Страхувальник відмовляється передати Страховику отриману попередньо згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформлені по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню.
10.1.7. в інших випадках передбачених законодавством України.
10.1.8. Страхувальником не надано у строки і терміни визначені Страховиком оригіналів документів, у разі якщо Страхувальник раніше надавав копії документів та/або електронні копії оригіналів паперових документів.
10.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема:
10.2.1. Страхувальник (Застрахована особа) не надав лікарю-експерту (лікар, який співпрацює із Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;
10.2.2. Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику у встановлений строк документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;
10.2.3. Страхувальник (Застрахована особа) надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я або стосовно обсягу або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;
10.2.4. Страхувальник (Застрахована особа) не повідомив Страховику про всі відомі дані, що мають значення для оцінки страхового ризику;
10.2.5. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, передбачені ЗУСП або договором страхування;
10.2.6. ненадання Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або законними представниками застрахованої дитини обумовлених Договором документів, зокрема, але не виключно згоди, оформленої у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України та/або країни, де дана згода підлягає наданню, на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан свого здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі

наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

10.2.7. інші підстави, які не суперечать законодавству України.

10.3. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) у судовому порядку.

11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

11.2. До заяви Страхувальника повинен бути доданий перелік Застрахованих осіб із зазначенням прізвища, імені, по-батькові, статі, дати народження, паспортних даних, місця проживання і номеру телефону кожної Застрахованої особи, у випадку, якщо:

11.2.1. Страхувальник є юридичною особою;

11.2.2. Страхувальник - фізична особа не є і Застрахованою особою;

11.2.3. Страхувальник - фізична особа є однією із кількох Застрахованих осіб, Страховику повинен бути наданий список Застрахованих осіб із зазначенням прізвища, імені, по-батькові, статі, місяця і року народження, місця проживання і номеру телефону кожної Застрахованої особи.

11.3. Страхувальник має право укладати договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

11.4. При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою). Також Страховик має право для укладення договору страхування запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

11.5. Страховик приймає рішення про укладання договору страхування протягом 5 (П'яти) робочих днів після надходження заяви Страхувальника.

11.6. Договір страхування укладається у формі, що визначена вимогами законодавства та відповідних нормативно-правових актів Національного Банку України. Кількість примірників Договору страхування і спосіб його укладення визначається за домовленістю сторін з обовязковим дотриманням вимог чинного законодавства України.

11.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим ЗУСП та не суперечать чинному законодавству України.

11.8. Після набуття чинності договором страхування Страховик видає Страхувальнику страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати) на ім'я кожної Застрахованої особи, що підтверджують наявність та обсяг прав та обов'язків Застрахованих осіб за таким договором страхування.

11.9. Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) є формою договору страхування. Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (Застрахованої особи).

11.10. Забороняється передавати страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) іншим особам з метою реалізації ними будь-яких прав за договором страхування. В іншому випадку дія договору страхування щодо відповідної Застрахованої особи припиняється.

11.11. В разі втрати страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифіката) Страхувальник (Застрахована особа) повинен негайно (але не пізніше 48 годин) сповістити про це Страховика. Втрачений страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) вважається анульованим і не може бути підставою для оплати вартості одержаних медичних послуг, а замість нього на ім'я відповідної Застрахованої особи видається дублікат страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату). При цьому, Страховик вправі до видачі дублікату страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодування вартості виготовлення страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату), якщо це передбачено Договором страхування.

11.12. При укладенні Договору страхування сторони дотримуються положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері фінансових послуг із застосуванням способів, не заборонених до застосування згідно з чинним законодавством.
11.13. У разі укладення Договору страхування в електронній формі сторони, окрім іншого, - обов'язково дотримуються положень законодавства України щодо електронних документів та електронного документообігу, а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері електронної комерції під час вчинення електронних правочинів.
11.14. При укладенні Договору страхування в електронній формі сторони, якщо не домовляться про інше, чи якщо інший порядок не буде встановлено законодавством, керуються такими умовами:
11.14.1. Договір страхування складається з пропозиції Страховика укласти договір (Оферти) та прийняття цієї пропозиції Страхувальником (Акцепту).
11.14.2. Текст Оферти підписується Страховиком в одному чи кількох примірниках. У разі підписання лише одного примірника його оригінал зберігається у Страховика. Оферта також розміщується Страховиком в мережі «Internet» та є доступною для вільного ознайомлення з її змістом. Оферта може включати умови, що містяться в іншому електронному документі, шляхом скерування (відсилання) до нього.
11.14.3. Оферта може бути зроблена шляхом надсилання комерційного електронного повідомлення Страхувальнику, її розміщення в мережі «Internet» або інших інформаційно-телекомунікаційних системах.
11.14.4. Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування (прийняття) умов Оферти в електронній формі одним із вказаних нижче в цьому пункті способів, який вказано в Оферті Страховика:
- шляхом надсилання електронного повідомлення Страховику, підписаного в порядку, передбаченому п. 11.14.5 ЗУСП;
- шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття Оферти в електронній формі, що підписується в порядку, передбаченому п.11.14.5 ЗУСП;
- шляхом вчинення дій, що вважаються прийняттям Оферти укласти Договір страхування в електронній формі, якщо зміст таких дій чітко роз'яснено в інформаційній системі Страховика, в якій розміщено таку Оферту, і ці роз'яснення логічно пов'язані з нею.

Після підписання Акцепту Договір страхування вважається укладеним.
11.14.5. Моментом підписання є використання:
- електронного підпису або кваліфікованого електронного підпису (електронного цифрового підпису) відповідно до Закону України «Про довірчі послуги», за умови використання засобу електронного підпису усіма сторонами електронного правочину;
- електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначеним Законом України «Про електронну комерцію»;
- власноручного підпису.

11.14.6. Для укладення Договору страхування Страхувальник заходить на відповідну WEB сторінку в мережі «Internet» чи іншу інформаційно-комунікаційну систему, як вказано Страховиком, знайомиться з пропозицією (Офертою), обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитись з умовами Оферти, ЗУСП, інформацією про фінансову послугу, які розміщені на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet», та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.
11.14.7. Відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних складається Акцепт. Акцепт складається за зразком, встановленим Страховиком.
11.14.8. Для підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер

мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Акцепту Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Акцепту. Електронні документи складаються та електронні підписи накладаються відповідно до законодавства про електронні документи та електронний документообіг.

11.14.9. Після підписання Акцепту Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж одним із запропонованих Страховиком способів.

11.14.10. Після оплати страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, на вказану Страхувальником адресу електронної пошти надсилається підписаний Сторонами Акцепт та підписана Страховиком Оферта в електронній формі, які підтверджують укладення Договору.

11.14.11. Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування Страхувальника. Акцепт, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

11.14.12. Зі сторони Страховика Договір страхування підписується шляхом накладання електронного підпису уповноваженої особи Страховика з використанням засобів електронного підпису, які відповідають вимогам чинних нормативно-правових актів України на час підписання Договору.

11.15. Зміна умов і припинення дії Договору страхування, укладеного в електронній формі з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, здійснюється відповідно до умов Розділу 6 ЗУСП.

11.16. При виконанні Договору страхування допускається підписання документів, необхідних для такого виконання, в електронній формі відповідно до п.11.14 ЗУСП, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

12. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. Страховими випадками не вважаються, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:

12.1.1. одержанням медичної допомоги, що не передбачена договором страхування;

12.1.2. захворюванням або одержанням травми під час або внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, а також подальшим ускладненням такого захворювання або травми;

12.1.3. захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного злочину;

12.1.4. замахом на самогубство, за винятком випадків, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

12.1.5. навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень;

12.1.6. участю у будь-яких воєнних діях, громадських заворушеннях, несанкціонованих мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано із виконанням Застрахованою особою службових обов'язків;

12.1.7. одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

12.1.8. захворюванням, пов'язаним із алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією, на яку страждає Застрахована особа, незалежно від термінів виявлення останньої;

12.1.9. вродженими аномаліями або вадами розвитку;

12.1.10. захворюванням, пов'язаним з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, незалежно від строків та обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;

12.1.11. захворюванням, яке потребує медичної допомоги в медичних закладах закритого типу;
12.1.12. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, які зареєстровані медичними закладами протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування (якщо інше не передбачено договором страхування);
12.1.13. будь-яким венеричним захворюванням або захворюванням на СНІД незалежно від термінів їх виявлення.
12.2. Страховим випадком також не вважається одержання Застрахованою особою медичної допомоги, не передбаченої договором страхування.
12.3. До суми страхової виплати не включається оплата наступних витрат:
12.3.1. вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок тощо), їх ремонту або прокату;
12.3.2. вартість медичної допомоги, пов'язаної із лікуванням гострих захворювань, на які Застрахована особа страждала на момент укладення договору страхування;
12.3.3. вартість медичної допомоги, пов'язаної із загостренням хронічної хвороби, якщо загострення почалося до набуття чинності договором страхування (крім випадків, коли медична допомога спрямована на зняття гострого болю). Під гострим болем слід розуміти таку реакцію нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
12.3.4. вартість медичної допомоги, що не є необхідною з медичної точки зору або не призначена лікарем;
12.3.5. витрати на медичну допомогу, загальна вартість якої не перевищує розміру встановленої договором страхування франшизи.
12.4. Окремі положення, зазначені у п.п.12.1 - 12.3 цих ЗУСП, можуть бути передбачені у договорі страхування як страхові випадки при умові сплати Страхувальником додаткового страхового платежу.
12.5. Не визнаються страховими випадками збитки, що сталися внаслідок та/або на території (територія визначається на підставі належних та допустимих доказів) оголошеної або неоголошеної війни, збройного конфлікту, військових та бойових дій, дій будь-яких законних чи незаконних військових, воєнізованих, збройних формувань, бандитизму, диверсії, найманства, повстання, революції, заколоту, путчу, бунту, дій, спрямованих на зміну чи повалення конституційного ладу, захоплення державної влади, посягання на територіальну цілісність, громадянських (масових) заворушень, інших масових порушень громадського порядку, самоуправства, вчинення терористичних актів, здійснення терористичної діяльності, проведення антитерористичних операцій, встановлення військових режимів або надзвичайних положень в країні, народних хвилювань усякого роду або страйків, локаутів, блокад, конфіскації, націоналізації, примусового вилучення, реквізиції, арешту, пошкодження або знищення застрахованого майна за розпорядженням існуючого де-юре або де-факто уряду (невизнаного, самопроголошеного, фактичного) або будь-якого органу влади, дій та розпоряджень самопроголошених (не передбачених законодавством України) органів влади та незаконних збройних чи воєнізованих формувань, дій по контролю, попередженню та боротьбі з наслідками подій, зазначених в цьому пункті ЗУСП, впливу будь-якої зброї (мін, бомб, снарядів, ракет тощо), покинутих знарядь війни (зброї та боєприпасів);
12.6. Не можуть бути Застрахованими особами (якщо інше не передбачено договором страхування):
12.6.1. особи у віці молодше 1 (Одного) року і старші за 70 (Сімдесят) років;
12.7. У разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулася, страховим випадком або про відмову оплатити вартість медичної допомоги, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.
12.8. Додатково за ризиком, зазначеним в п. 4.1.1 цих ЗУСП, Страховими випадками не визнаються (якщо інше не передбачено Договором страхування):

12.8.1. Захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності Договору страхування;
12.8.2. Новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності Договором страхування;
12.8.3. Хвороби, на які Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договором страхування, крім випадків загострення та ускладнення хронічної хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на час укладення Договору страхування;
12.8.4. Вроджені захворювання та вади;
12.8.5. Захворювання, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяці з дня набуття чинності Договором страхування;
12.8.6. Захворювання або смерть, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків чи токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;
12.8.7. Самогубство, захворювання, які є наслідком замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
12.8.8. Захворювання, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;
12.8.9. Травматичні пошкодження, отримані під час перебування Застрахованою особою у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;
12.8.10. Захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;
12.8.11. Лікування, пов'язане з пластичними та реконструктивними операціями та ускладнення, пов'язані з такими втручаннями;
12.9. Договір страхування діє протягом строку, на який він був укладений. Договором страхування може бути передбачено, що страхування, обумовлене Договором, поширюється тільки на страхові випадки, що відбулися з Застрахованою особою на виробництві а/або в побуті; у межах визначеної території, періоду часу або за умови настання інших обставин, зазначених у Договорі страхування.
12.10. Не можуть бути Застрахованими особами (якщо інше не передбачено Договором страхування):
12.10.1. Особи у віці молодше 1 (одного) року;
12.10.2. Особи, вік яких на дату закінчення дії Договору страхування перевищує 70 (сімдесят) років;
12.10.3. Особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом;
12.10.4. Інваліди 1 (першої) групи;
12.10.5. Особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані.
12.11. Події, вказані в п. 12.8 цих ЗУСП, не є страховими випадками, якщо вони відбулися в результаті:
12.11.1. Впливу ядерного вибуху, радіації або радіоактивного забруднення;
12.11.2. Військових дій, а також маневрів або інших військових заходів, якщо інше не передбачено Договором страхування;
12.11.3. Громадянської війни, народних хвилювань усякого роду або страйків, якщо інше не передбачено Договором страхування;
12.11.4. Вчинення або спроби вчинення навмисного злочину за участю Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача;
12.11.5. Навмисної дії Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача;
12.11.6. Перебування Застрахованої особи в момент нещасного випадку в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, керування засобом транспорту в стані сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом іншій особі, яка находилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

12.11.7. Самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства;
12.11.8. Нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою в місцях позбавлення волі;
12.11.9. Смерті Застрахованої особи прямо або побічно викликаної психічним захворюванням, якщо нещасний випадок, який привів до смерті, відбувся з Застрахованою особою, що була психічно хворою і знаходилася в несамовитому стані в момент нещасного випадку.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Спори, пов'язані із страхуванням, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) вирішуються в порядку, встановленому чинним законодавством України.
13.2. Позов по вимогах, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в строк, передбачений чинним законодавством України.
13.3. Питання, що лишилися поза межами цих ЗУСП, регулюються чинним законодавством України.

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

14.1. При настанні страхового випадку Застрахована особа звертається до Асистансу (Асистуючої компанії) та повідомляє номер сервісної картки (Договору) за чинними контактами такого Асистансу. Контактні дані Асистансу (асистуючої компанії) наводяться в Договорі страхування.

15. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

15.1. Страховий платіж, що повинен бути сплачений Страхувальником за Договором страхування, встановлюється Страховиком в залежності від умов конкретного Договору страхування на підставі базових страхових тарифів.
15.2. Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за Договором медичного страхування, має право застосовувати понижуючі або підвищуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів в залежності від:
15.2.1. стану здоров'я Застрахованої особи (з урахуванням результатів її попереднього медичного огляду);
15.2.2. віку і статі Застрахованої особи;
15.2.3. обраної Страхувальником програми медичного страхування;
15.2.4. конкретного переліку видів медичної допомоги;
15.2.5. інших чинників страхового ризику (умов праці, умов життя, наявність шкідливих звичок і таке інше);
15.2.6. рівня медичної допомоги.
15.3. Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за Договором страхування на випадок хвороби, застосовує розраховані ним базові страхові тарифи.
15.4. Базові страхові тарифи за наведені в Додатку №1 та Додатку №2 до цих ЗУСП.
15.4.1. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою сторін або відповідно до законодавства, але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим.
15.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником на умовах, вказаних в Договорі страхування.
15.6. Страховий платіж встановлюється, виходячи з розміру страхової суми, строку страхування і страхового тарифу.
15.7. Загальний розмір страхового платежу за Договором страхування на випадок хвороби в цілому визначається як сума страхових платежів по кожному виду страхових випадків, перерахованих у п. 4.13 цих ЗУСП.

15.7.1. Страховик може при визначенні розміру страхового платежу використовувати коефіцієнти до базових страхових тарифів, в залежності від умов конкретного Договору страхування та факторів, що впливають на ступінь страхового ризику.
15.7.2. При страхуванні на строк менше місяця страховий платіж сплачується в розмірі 0,7% річної ставки за кожний день дії Договору страхування.
15.8. При страхуванні на термін менше одного року страховий платіж сплачується в такому розмірі від суми річного страхового платежу:

Строк дії Договору страхування (в місяцях)											
15 днів	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховий платіж в % від річного страхового платежу											
15	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При цьому страховий платіж за неповний місяць сплачується як за повний.
15.9. Конкретний порядок і строки сплати страхових платежів визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії Договору страхування.
15.10. Страховий платіж може бути сплачений Страхувальником:
15.10.1. в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика;
15.10.2. готівкою – до каси Страховика.
15.11. Страховий платіж сплачується одноразово або в декілька термінів в порядку, встановленому Договором страхування.
15.12. Несплата страхового платежу у встановлені Договором страхування строки та обсяги призводить до відсутності надання страхового покриття Застрахованій особі на відповідний період.

16. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА СТРАХОВИХ ВІДШКОДУВАНЬ

16.1. Страхова сума та конкретні умови страхування узгоджуються Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору страхування на підставі чинного законодавства та ЗУСП.
16.2. Розмір страхової суми з медичного страхування залежить від видів, обсягу та вартості медичної допомоги, яка може бути надана Застрахованій особі при настанні страхового випадку за конкретним Договором страхування.
16.3. Зі страхування на випадок хвороби:
16.3.1. страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування у цілому.
16.3.2. Розмір страхової суми може бути різним для кожного виду страхових випадків або однаковим для обраних видів страхових випадків.
16.3.3. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування у відношенні декількох осіб, у Договорі страхування вказується загальна страхова сума по всім застрахованим по кожному виду страхових випадків, передбачених Договором страхування.
16.3.4. Загальна страхова сума по всім застрахованим по кожному виду страхових випадків визначається шляхом добутку страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи на кількість осіб, вказаних у Договорі страхування, якщо страхові суми однакові, або додаванням страхових сум по кожній Застрахованій особі, якщо страхові суми різні.
16.3.5. Страхові суми по кожній Застрахованій особі наводяться по кожному виду страхових випадків окремо в списку Застрахованих осіб, що додається до Договору страхування.

17. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Договір страхування укладається терміном на 1 (Один) рік, якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору.

17.2. Договір страхування набуває чинності з моменту його підпсання, якщо інше не передбачене Договором страхування. Дія страхового покриття починається з відповідної дати, вказаної у договорі, але не раніше дати сплати страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
17.3. Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинність при безготівковому перерахуванні страхового платежу - в 00 годин 00 хвилин календарної дати, наступної за датою надходження страхового платежу (його першої частини) на поточний рахунок Страховика.
17.4. Моментом внесення страхового платежу(його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його першої частини) в касу Страховика.
17.5. Дія Договору страхування припиняється о 24 годині дня, що зазначений у Договорі страхування як дата закінчення його дії, а також у випадках, передбачених пп. 6.3 даних ЗУСП.
17.6. Умови страхування, обумовлені Договором страхування, поширюється на страхові випадки, що можуть мати місце після набуття чинності Договором страхування, якщо інший (пізніший) початок періоду страхування не встановлений Договором страхування.
17.7. Укладені договори страхування діють тільки на території України, крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та територій визначених у відповідності до Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією згідно законодавства України.якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих ЗУСП, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.
18.2. Якщо на час здійснення страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асистанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, Страховик зменшує розмір страхової виплати на суму, що компенсована (відшкодована) зазначеними особами. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.
18.3. Договором страхування, а також договорами із Асистанською компанією та медичним закладом повинно бути передбачено, що якщо після здійснення Страховиком страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асистанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичному особами, сума одержаної компенсації повинна бути негайно (але не пізніше 5 робочих днів після одержання цієї компенсації) сплачена Страховику в межах фактично здійсненої Страховиком страхової виплати. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.
18.4. Страхуваник (Застрахована особа) надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у Оферті, так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання Договору, в тому числі на передачу ПД третім особам, в т. ч. іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних з ПД, з метою: виконання вимог законодавства, Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин і відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Страхувальник-фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД;

18.5. Страхувальник підтверджує, що надав Страховику право отримувати його ПД за допомогою сервісу «ДІЯ», BankID, з Бюро кредитних історій, використовуючи інструменти покладення та/або доручення, шляхом обміну документами з використанням кваліфікованого цифрового підпису (електронно-цифрового підпису).

18.6. Підписанням Договору Страхувальник-фізична особа підтверджує, що ані він, ані члени його сім'ї, ані його інші близькі родичі не є публічними діячами згідно з Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (зокрема особами, які обіймають або обіймали керівні посади в законодавчому, виконавчому, адміністративному, військовому або судовому органі іноземної держави). Страхувальник також підтверджує, що до публічних осіб не належать застраховані особи та/або Вигодонабувач(і) за цим Договором (у разі їх наявності).

18.7. Крім того, Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, тощо.

18.8. Інакше Страхувальник повідомляє Страховика про такий факт шляхом надання відповідної інформації в анкеті та/або в письмовому/усному вигляді до моменту підписання Договору. Страхувальник зобов'язується інформувати Страховика про настання суттєвих змін щодо наданої інформації та письмово проінформувати Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати їх настання.

18.9. Підписанням Договору Страхувальник підтверджує надання своєї згоди Страховику, отримання згоди Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформленої по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню. При цьому, надання Страховику Страхувальником, Застрахованою особою, а також особами яких вони представляють будь-якого документу, інформації, в тому числі таких, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я, є згодою таких осіб Страховику на використання та передачу третім особам таких документів, інформації, якщо з будь-яких причин така згода не була надана Страховику раніше. В той же час, підписанням Акцепту Страхувальник надає дозвіл Страховику на право отримання, використання, та передачу третім особам на свій розсуд, в тому числі поза межами території України, зазначеної вище інформації та/або документів.

18.10. Шляхом укладення Договору, Страхувальник та/або Застраховані особи та/або законні представники застрахованої дитини погоджуються з умовами викладеними в Договорі та надають безвідмовну згоду Страховику на отримання, використання та передачу третім особам, в тому числі поза межами території України, будь-якої інформації та документів, в тому числі записів телефонних розмов, отриманих при врегулюванні заявленого випадку, в тому числі від Страхувальника та/або Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини у взаємовідносинах з будь-якими фізичними та юридичними особами, державними органами, закладами охорони здоров'я, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів та ін.), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором.

18.11. Погодження Страхувальником з умовами Договору призведе до:

18.11.1. підтвердження отримання від Застрахованих осіб та/або законних представників застрахованої дитини чіткої згоди на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформленої по формі та змісту визначених

законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню, та гарантування надання такої згоди Страховику, в разі отримання усного та/або письмового запиту Страховика у спосіб та в терміни визначені в Договорі;

18.11.2. надання безвідмовної згоди на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я Застрахованої особи та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

18.11.3. підтвердження погодження Страхувальником із Застрахованою особою та/або законним представником застрахованої дитини запропонованих Страховиком умов страхування, змісту, значень, термінів, понять і обов'язків викладених в даному Договорі та ЗУСП, та засвідчення Застрахованою особою та/або законними представниками застрахованої дитини їх повного розуміння і згоду на застосування.

18.12. Страховик інформує, що для виконання частини своєї страхової діяльності може (міг) залучати страхових посередників, які діють від імені, в інтересах та за дорученням Страховика. Страхові посередники Страховика можуть залучатись на будь-якій стадії укладення та виконання Договору страхування за страховим продуктом відповідно до цих ЗУСП.

Додаток №1
до Загальних умов страхового продукту №040 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Базові страхові тарифи по медичному страхуванню

1. Базові страхові тарифи по медичному страхуванню, % страхової суми (термін страхування – 1 рік)

Таблиця 1

Перелік опцій, які можуть бути включені до програми страхування:	Базовий тариф,% від страхової суми
Медичні послуги при «загальних соматичних» захворюваннях:	
1.1. послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги	0,05%
1.2. невідкладна стаціонарна допомога	2%
1.3. планова стаціонарна допомога	2%
1.4. консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	2,5%
1.5. інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	1%
1.6. амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати)	0,1%
1.7. денний стаціонар та маніпуляції	0,05%
1.8. фізіопроцедури	0,8%
1.9. лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	0,8%
1.10. оформлення медичної документації	1,5%
1.11. медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах	2%
Медичні послуги при «спеціальних» соматичних захворюваннях:	
1.12. стоматологічні послуги	30%
1.13. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	0,8%
1.14. діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань	0,06%
1.15. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань	0,06%
1.16. діагностика та лікування ускладнень вагітності	0,06%
1.17. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше підчас дії Договору	0,005%
1.18. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору	0,01%

1.19. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше підчас дії Договору	0,01%
1.20. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору	0,07%
1.21. діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше підчас дії Договору	0,01%
1.22. діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору	0,05%
1.23. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше підчас дії Договору	0,01%
1.24. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору	0,05%
1.25. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору	0,5%
1.26. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору	0,6%
1.27. діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, наведених в додатку №2	0,85%
Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги	
1.28. профілактика грипу	1%
1.29. вітамінізація	2%
1.30. профілактично-оздоровчі послуги	30%
1.31. профілактично-оздоровчий масаж	30%
1.32. плановий патронаж вагітної жінки	30%
1.33. медична допомога при пологах	30%
1.34. патронаж дитини до 1 року	30%
1.35. планова вакцинація дитини	30%
1.36. профілактичний огляд за наказом МОЗ	30%
1.37. профілактичний огляд	30%
1.38. офтальмологія профілактична	30%
1.39. офісна аптечка	30%
1.40. офісний лікар	30%
1.41. корпоративний ліміт на виключення	30%

Річний страховий тариф визначається множенням базового тарифу на коригуючі коефіцієнти К1-К8 відповідно до впливу нижчезазначених факторів на ступінь ризику.

2. Коригуючі коефіцієнти.

2.1. В залежності від строку дії Договору страхування застосовується коефіцієнт короткостроковості (К1)

Таблиця 2

Строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К1	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

2.2. В залежності від переліку опцій, які можуть бути включені до програми страхування, застосовується коефіцієнт акумуляції (К2) від 0,1 до 1,0.

2.3. В залежності від рівня страхового покриття, розміру страхових сум, франшизи застосовуються коефіцієнт покриття (К3) від 0,15 до 2,0.

2.4. В залежності від умов Договору страхування, обмежень, виключень з Договору страхування, застосовуються коефіцієнт договірних умов (К4) від 0,1 до 2,5.

2.5. В залежності від розміру встановлених лімітів відповідальності за Договором страхування та страхових сум за страховими випадками застосовуються коефіцієнт договірних умов (К5) від 0,1 до 1,0.

2.6. В залежності від стану здоров'я Застрахованої особи, з урахуванням попереднього медичного огляду, виду і тяжкості захворювання, віку, статі, професійної діяльності Застрахованої особи, застосовуються коефіцієнт стану здоров'я Застрахованої особи (К6) від 0,2 до 2,5.

2.7. В залежності від цінової політики медичних установ, на базі яких будується обслуговування за Програмою, регіону укладання Договору страхування застосовуються коефіцієнт рівня медичних установ (К7) від 0,5 до 3,0.

2.8. В залежності від кількості Застрахованих осіб, що підлягають страхування за одним Договором страхування застосовуються коефіцієнт групової знижки (К8) від 0,6 до 1,0.

1. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування або відповідно до законодавства. Але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим. Максимальний розмір страхових тарифів не може перевищувати 60% від загальної страхової суми за Договором страхування.

2. Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування за страховим продуктом «Медичне страхування» що використовувався для розрахунку страхових тарифів (страхової премії, якщо страховий тариф у договорі страхування не визначається), складає до 60% включно, може бути зменшений та зазначається в Договорі страхування.

Додаток №2
до Загальних умов страхового продукту №040 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ

(Варіант 1)

1. Базові страхові тарифи по страхуванню на випадок хвороби, % від страхової суми (Строк страхування – 1 рік)

Таблиця 1.1

Класи та нозологічні форми хвороб	Базовий річний страховий тариф
Хвороби системи кровообігу	2,10
Ревматизм та колагенози	0,90
Хвороби органів дихання	1,40
Хвороби органів травлення	1,20
Хвороби крові та органів кроветворіння	0,75
Хвороби ендокринної системи	1,54
Алергологічні захворювання	0,85
Хвороби сечостатевої системи	1,29
Хвороби нервової системи	1,33
Хвороби ЛОР-органів	1,27
Хвороби ока	1,35
Новоутворення	1,43
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,66
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,70
Стоматологія	0,67
Інші хвороби (захворювання)	0,7

2. При страхуванні на випадок хвороби колективу Застрахованих осіб в залежності від їх кількості можуть застосовуватись знижувальні коефіцієнти до обраного базового річного страхового тарифу, розміри яких наведені у Таблиці 1.2. цього Додатку.

Таблиця 1.2

Кількість Застрахованих осіб	Знижувальний коефіцієнт до базового річного страхового тарифу
10 – 20	0,9
21 – 50	0,85
Більше 50	0,8

Таблиця 1.3

Строк страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,09	0,2	0,28	0,35	0,45	0,55	0,6	0,7	0,85	0,9	0,95	1,00

3. Коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують обставини, що впливають на ступінь ризику, наведені в Таблиці 1.4 цього Додатку.

Таблиця 1.4

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Коригуючий коефіцієнт (діапазон)
Розмір страхових сум, лімітів відповідальності	0,2 – 7,0
Час надання страхових послуг в межах добового періоду	0,1 – 1,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 5,0
Місце дії Договору страхування	0,3 – 5,0
Регіон постійного проживання Застрахованої особи	0,4 – 3,0
Розмір виплати за добу тимчасової непрацездатності	0,2 – 4,0
Історія збитків клієнта у Страховика	0,3 – 7,0
Розстрочення страхового платежу	1,0 – 4,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0

4. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування, або відповідно до законодавства. Але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим.

5. Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування за страховим продуктом «Страхування на випадок хвороби» становить до 75 відсотків величини страхового тарифу (страхової премії, якщо страховий тариф у договорі страхування не визначається).

Додаток №3
до Загальних умов страхового продукту №040 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК КРИТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

1.1. За цими умовами можуть бути застраховані фізичні особи у віці **від 18 до 60** років.

1.2. Не укладаються Договори страхування за умовами, наведеними в цьому Додатку щодо непрацюючих інвалідів I та II групи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

1.3. Страхування надається за умови наявності в Договорі основного страхового ризику на випадок смерті Застрахованої особи.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

2.1. **Предметом договору** страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

2.2. **Об'єктом страхування** за Договорами страхування є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

3.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких проводиться страхування, є вперше виявлені у період дії Договору страхування нижчезазначені захворювання, які надалі називаються критичними:

3.1.1. **Гострий інфаркт міокарда** – відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений оригіналами медичної документації:

3.1.1.1. Новими нетиповими ішемічними змінами в електрокардіограмі а саме зміною сегментів ST-T (депресія сегмента ST - створення дуги Парді), появою нових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового патологічного зубця Q.

3.1.1.2. Характерним підвищенням серцевого біомаркеру «Тропонін», а саме Тропонин T> 1,0 нг / мл, AccuTnI > 0,5 нг / мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропонина I.

3.1.1.3. Інші типові ознаки інфаркту міокарда, виявлені за допомогою інструментальних та лабораторних методів обстеження, а також анамнез захворювання, характерний для інфаркту міокарда, та клінічна картина, характерна для інфаркту міокарда;

3.1.1.4. Інші гострі коронарні синдроми, включаючи стенокардією, не є страховим випадком.

3.1.1.5. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат ЕКГ - дослідження, результати тропонінового тесту у динаміці; діагноз; рекомендації / результат лікування.

3.1.2. **Інсульт або інфаркт головного мозку**, який викликаний цереброваскулярними порушеннями мозкового кровообігу, внаслідок кровотечі, емболії або тромбозу, і супроводжуються раптовим настанням неврологічного дефіциту незворотного

характеру з об'єктивними неврологічними і патологічними змінами, які діагностовано невропатологом та підтверджені даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими надійними методами візуалізації.

3.1.2.1. Страховими випадками не визнаються:

3.1.2.1.1. Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом, тривалістю до 30 днів (Транзиторні ішемічні атаки, малий інсульт);

3.1.2.1.2. Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травми, інфекції, інфекційного васкуліту і запальних захворювань;

3.1.2.1.3. Безсимптомний, прихований інсульт, виявлений лише за допомогою променевих методів діагностики.

3.1.2.2. Ознаки захворювання повинні бути підтверджені оригіналом медичної документації.

3.1.2.3. Оригінал медичної документації (виписний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину.

3.1.2.4. Діагноз повинен ґрунтуватися на анамнезі захворювання, характерному для даного захворювання; клінічній картині (стійка неврологічна симптоматика); зміні тканин головного мозку, виявлених за допомогою променевих методів діагностики (комп'ютерна томографія – К Т та / або магнітно-резонансна томографія – МРТ), змінах, виявлених в ліквор і (спинномозкової рідини); інших типових ознака, виявлених лабораторними та інструментальними методами діагностики.

3.1.3. Злоякісні новоутворення – це новоутворення, які характеризуються безконтрольним ростом і розповсюдженням злоякісних клітин, метастазами і інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним дослідженням.

3.1.3.1. Страховим випадком є злоякісне новоутворення, яке вперше діагностовано під час дії договору та від початку страхування застрахованої особи минуло більше 90 діб. Дане обмеження не розповсюджується на застрахованих осіб, за якими договір страхування переукладений на новий термін без перерви дії страхового покриття.

3.1.3.2. Страховими випадками не визнаються:

3.1.3.2.1. злоякісні пухлини, класифіковані за класифікацією TNM Clinical Classification як T1NoMo, T1aNoMo, T1b NoMo, T1c NoMo або злоякісні новоутворення, класифіковані за іншою класифікацією і відповідають вищезазначеним класам за класифікацією TNM.

3.1.3.2.2. Хронічні лейкози.

3.1.3.2.3. Неінвазивного раку (in situ).

3.1.3.2.4. Будь- якого онкологічного захворювання, незалежно від стадії, при наявності ВІЛ – інфікування.

3.1.3.3. Ознаки захворювання повинні бути підтверджені оригіналом медичної документації.

3.1.3.3.1. Оригінал медичної документації (виписний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (онкологічний інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат, номер і дату цитологічного та / або гістологічного обстеження; променеві методи діагностики (рентгенологічні, комп'ютерна томографія – КТ та / або магнітно-резонансна томографія – МРТ) або інші обстеження, які характерні і підтверджують дане захворювання; діагноз, з обов'язковим зазначенням ураженого органу, клінічної стадії за класифікацією TNM (P, G); рекомендації / результат лікування.

3.1.4. Аорто-коронарне шунтування.

3.1.4.1. Страховим випадком є аорто-коронарне шунтування - операція, проведена на відкритому серці з використанням стернотомії не залежно від захворювання, яке призвело до операції, для радикального лікування стенозу або закупорки однієї або більше коронарних артерій. Підтвердженням необхідності в шунтуванні є результат передопераційної коронарографії, що свідчить про значне (більше 70%) звуження просвіту судини.

3.1.4.2. Страховими подіями не визнаються балонна ангіопластика (Balloon Angioplasty), стентування (Percutaneous transluminal coronary angioplasty), лазерна ангіопластика (Photoplation), ротопляція (Rotaplation), всі інші внутрішньоартеріальні процедури.

3.1.4.3. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень (коронарна ангіографія, електрокардіографія - ЕКГ, ультразвукова діагностика, доплерографія); висновок лікаря з рекомендацією аортокоронарного шунтування; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.5. Трансплантація кісткового мозку.

3.1.5.1. Страховим випадком є проведена трансплантація кісткового мозку, яка проведена у зв'язку із захворюванням, що виникло вперше у житті й діагностовано під час дії договору. До таких захворювань належить злоякісні пухлини крові або пухлини інших органів, в результаті лікування яких виникла абсолютна недостатність кісткового мозку, інші стани пригнічення кровотворної функції кісткового мозку, що призвели до показанні для трансплантації кісткового мозку.

3.1.5.2. Випадок визнається страховим, якщо:

3.1.5.2.1. Для трансплантації знадобилось видалення власного кісткового мозку Застрахованої особи.

3.1.5.2.2. Недостатність функції кісткового мозку повинна бути однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями.

3.1.5.2.3. Пересадка обґрунтована медичною необхідністю.

3.1.5.2.4. Інші трансплантації стовбурових клітин виключаються.

3.1.5.3. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.6. Перенесення операції з приводу пересадки серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози;

3.1.6.1. Страховим випадком є трансплантація органу, яка проведена у зв'язку із захворюванням, що виникло вперше у житті і діагностовано під час дії договору, та яке призвело до недостатньості функції органу.

3.1.6.2. Випадок визнається страховим, якщо:

3.1.6.2.1. Органна недостатність однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями та лікарем-спеціалістом.

3.1.6.2.2. Пересадка обґрунтована медичною необхідністю.

3.1.6.2.3. Інші трансплантації органів та тканин виключаються.

3.1.6.3. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати

інструментальних досліджень; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.7. Параліч – стійка (протягом більше ніж три місяці) втрата рухливої функції групи верхніх та нижніх кінцівок ураження нервової системи (головного та/або спинного мозку) внаслідок нещасного випадку або захворювання, окрім наведених в п. 3.1.2., п. 3.1.11., п. 3.1.12.

3.1.7.1. Випадок визнається страховим, якщо:

3.1.7.1.1. Неврологічна недостатність однозначно підтверджена неврологом.

3.1.7.1.2. Паралізовано більше ніж одну кінцівку, при цьому параліч розповсюджується на всі сегменти паралізованих кінцівок.

3.1.7.1.3. Парези, паралічі однієї кінцівки, або паралічі в межах меньше ніж всі сегменти кінцівок виключаються.

3.1.7.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого неврологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; протокол операцій (якщо такі проводились в зв'язку з паралічем); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.8. Сліпота – стійка (протягом більше ніж три місяці) повна відсутність сприйняття світла, в т.ч. викликана значним звуженням полів зору.

3.1.8.1. Випадок визнається страховим, якщо:

3.1.8.1.1. Відсутність зорового сприйняття однозначно підтверджена офтальмологом.

3.1.8.1.2. Зір відсутній на обидва ока.

3.1.8.1.3. Втрата зору є невідновною та такою, що не піддається корекції хірургічними або іншими методами.

3.1.8.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого офтальмологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом та вказаною залишковою гостротою зору, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень та опис картини очного дна; протокол операцій (якщо проводились в зв'язку з ураженням зорового апарату); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.9. Операції на клапанах серця, аорти (за невідкладним показаннями): протезування клапанів (аортального, мітрального); вальвулопластика – усунення звужень отворів, які виникають внаслідок стенозу клапанів серця.

3.1.9.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень (електрокардіографія - ЕКГ, ультразвукова діагностика, доплерографія); показання та протокол операцій (обов'язково); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.10. Хронічна ниркова недостатність – термінальна стадія захворювання нирок, що характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, в результаті якого проводиться регулярний діаліз (гемодіаліз або перитонеальний діаліз) або існує необхідність проведення трансплантація донорської нирки.

3.1.10.1. Випадок визнається страховим, якщо:

3.1.10.1.1. Факт наявності хронічної ниркової недостатності підтверджений результатами медичних обстежень та висновком фахівця-нефролога.

3.1.10.1.2. Втрата функції нирок є невідновною.

3.1.10.1.3. Всі випадки гострої ниркової недостатності є виключенням та не підпадають під страхове покриття.

3.1.10.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого нефрологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням та частотою проведення сеансів діалізу; результати інструментальних досліджень та досліджень біохімічних показників функції нирок; протокол операцій (якщо проводились в зв'язку з ураженням нирок); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.11. **Розсіяний склероз** – хронічне захворювання нервової системи із прогресуючим пробігом хвороби, вираженою атаксією, ністагмом, дизартрією, спастичною слабкістю та ретробульбарним невритом.

3.1.11.1. Випадок визнається страховим, якщо:

3.1.11.1.1. Діагноз розсіяного склерозу однозначно підтверджений неврологом.

3.1.11.1.2. Виключено інші демієлінізуючі ураження нервової системи.

3.1.11.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого неврологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати досліджень викликаних потенціалів, інших інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.12. **Боковий аміотрофічний склероз** – неврологічний розлад, що супроводжується стійкими ознаками розвитку ураження спинномозкових нервів і рухових ядер продовгуватого мозку, що призводять до генералізованої спастичної слабкості та атрофії м'язів кінцівок, тулуба, голови, гортані, дихальних шляхів. Захворювання має бути підтверджено фахівцем-неврологом, а також типовими результатами електроміографії і електронейрографії.

3.1.12.1. Страховий випадок визнається за умови, при якій захворювання повинно мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дії: митися (здатність митися в душі або у ванні), одягатися (знімати або надягати на себе та або застібнути чи розстібнути одяг), дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни), рухатись (здатність пересуватися вдома або в межах поверху), самостійно регулювати екскреторні функції, їсти та/або пити (але не готувати їжу). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні зберігатися, щонайменше, протягом 3 місяців, та мають бути підтверджені медичними документами та повторними неврологічними обстеженнями.

3.1.13. **Бактеріальний менінгіт** – запалення оболонок головного та спинного мозку бактеріальної етіології. Страховим виппадком визнається подія, що підтверджена результатами неврологічного обстеження, дослідження крові та спинномозкової рідини, результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, а також за умови стійких залишкових неврологічних порушень, ща зберігаються протягом більше ніж три місяці та підтверджуються повторним неврологічним обстеженням.

3.1.13.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати дослідження спинно-мозкової рідини, виміру тиску спинномозкової рідини, інших інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.13.2. З покриття виключаються всі випадки запалення мозкових оболонок небактеріальної природи.

3.1.14. **Енцефаліт** – захворювання бактеріальної, вірусної або аутоімунної етіології з запаленням речовини **головного** мозку (півкуль, мозочок, стовбур головного мозку). Страховим виппадком визнається подія, що підтверджена результатами неврологічного обстеження, дослідження крові та спинномозкової рідини, результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, а також за умови стійких залишкових неврологічних порушень, що зберігаються протягом більше ніж три місяці та підтверджуються повторним неврологічним обстеженням.

3.1.14.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати дослідження спинно-мозкової рідини, виміру тиску спинномозкової рідини, інших інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.14.2. З покриття виключаються запалення спинного мозку.

3.1.15. **Важка черепно-мозкова травма** – відкрита черепно-мозкова травма, що спричинена нещасним випадком. Страховим виппадком визнається подія, що супроводжується ліквореєю, пошкодженням речовини головного мозку, втратою свідомості, ретроградною амнезією та за умови стійких неврологічних порушень, що зберігаються протягом більше ніж три місяці та підтверджується повторним неврологічним обстеженням. Факт пошкодження має бути підтверджений лікарем-нейрохірургом, результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії.

3.1.15.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.15.2. З покриття виключаються травми та пошкодження спинного мозку.

3.1.16. **Люпус нефрит при системному червоному вовчаку** – ураження клубочкового апарату нирок аутоімнної етіології при захворюванні на системний червоний вовчак. Страховим виппадком визнається захворювання. що підтверджено результатами дослідження біоптату нирки та виявлення порушення ниркових структур відповідно класифікації ВООЗ з III до VI класу.

ВООЗ класифікация люпус нефриту:

ВООЗ I - нормальні клубочки;

ВООЗ II - Виключно мезангіальної зміни;

ВООЗ III - Вогнищевий сегментарний або вогнищевий проліферативний гломерулонефрит;

ВООЗ IV - Дифузний проліферативний гломерулонефрит;

ВООЗ V - Дифузний мембранозний гломерулонефрит;

ВООЗ VI - Прогресуючий склерозуючий гломерулонефрит.

3.1.16.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого ревматологічного та нефрологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати обстеження біоптатів нирки та інших інструментальних досліджень; результати досліджень біохімічних показників функції нирок; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.16.2. З покриття виключаються всі випадки нефритів іншої етіології, ніж системний червоний вівчак.

3.1.17. **Системна склеродермія** – прогресуюче хронічне системне сполучно-тканинно-судинне полісиндромне захворювання, яке характеризується поширеними фіброзно-склеротичними змінами з ураженням судин за типом облітеруючого ендатериїта та ряду внутрішніх органів (легені, шлунково-кишковий тракт, стравохід, серце). Страховим виппадком визнається захворювання. що підтверджено висновком ревматолога та наявністю характерних симптомів: Синдрому Рейно в сполученні з проксимальною склеродермією та/або Синдрому Рейно в сполученні з склеродактилією або дигітальними рубцями або двобічним базальним пневмофіброзом.

3.1.17.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого ревматологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою початку захворювання, звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень та холодових проб; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.18. **Коматозний стан** – стан, що супроводжується втратою свідомості, відсутністю відповідної реакції на навколишні зовнішні подразники або внутрішні потреби організму, та який зберігається на протяг тривалого проміжку часу, вимагає використанням систем штучного життєзабезпечення щонайменше протягом 96 годин, і має наслідком постійну неврологічну симптоматику.

3.1.18.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою та точною датою розвитку та тривалості коматозного стану, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.18.2. З покриття виключається кома внаслідок зловживання наркотичними засобами або алкоголем.

3.1.19. **Важкі опіки** – ураження шкіри та такнин тіла, що викликані дією високих температур або агресивних хімічних речовин (їдких лугів або кислот, солей важких металів). Страховими визнаються випадки, при яких мають місце опіки ЗБ – 4 ступеню з поширенням більше ніж 20 % поверхні тіла.

3.1.19.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого опікового медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою отримання опіку та звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень, протоколи проведених операцій; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

3.1.19.2. З покриття виключаються опіки, спричинені іонізуючим випромінюванням.

3.1.20. **Хвороба Паркінсона** – встановлений остаточний діагноз ідіопатичної або первинної хвороби Паркінсона у віці до 65 років. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем-неврологом.

3.1.20.1. Страховий випадок визнається за умови, при якій захворювання повинно мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дії: митися (здатність митися в душі або у ванні), одягатися (знімати або надягати на себе та або застібнути чи розстібнути одяг), дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни), рухатись (здатність пересуватися вдома або в межах поверху), самостійно регулювати

екскреторні функції, їсти та/або пити (але не готувати їжу). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка та/або пересуватись самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні зберігатися, щонайменше, протягом 3 місяців, що має бути підтверджено медичними документами та повторними неврологічними обстеженнями.

3.1.20.2. З покриття виключаються всі випадки вторинного паркінсонізму, синдрому Паркінсона та інших подібних до хвороби Паркінсона рухових розладів.

3.1.21. Доброякісна пухлина головного мозку – постійний неврологічний розлад, що розвивається внаслідок видалення доброякісної пухлини головного мозку, або при неоперабельній пухлині головного мозку. Діагноз має бути підтверджений фахівцем, а також результатами комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії з характерними для даного стану ознаками. Страховим визнається випадок, при якому неврологічний розлад зберігається щонайменше протягом 3 місяців з дати встановлення діагнозу (для неоперабельних пухлин) або перенесеної операції видалення пухлини, що має бути підтверджено медичними документами.

3.1.21.1. З покриття виключаються всі випадки внутрішньочерепних кіст, паразитарних інвазій, пухлин гіпофіза, судинних мальформацій, гранулем, внутрішньочерепних гематом та всіх типів уражень спинного мозку.

3.1.22. Термінальні захворювання печінки – ураження печінки важкого ступеня, що приводить до цирозу. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем, ураження печінки повинно відповідати ступеню В або С за класифікацією Чайлд-П'ю у відповідності з наступними критеріями:

3.1.22.1. постійна жовтяниця (показник білірубіну більший за 2 мг/дл або більший за 35 мкмоль / л)

3.1.22.2. наявність асциту,

3.1.22.3. значення рівня альбуміну крові меньше 3,5 г/дл,

3.1.22.4. наявність ознак печінкової енцефалопатії.

3.1.22.5. З покриття виключаються:

3.1.22.5.1. стадія А за класифікацією Чайлд-П'ю,

3.1.22.5.2. захворювання печінки, внаслідок зловживання алкоголем, наркотичними або лікарськими препаратами без призначення лікаря.

3.1.23. Фульмінантний вірусний гепатит з гострою печінковою недостатністю – гострий вірусний гепатит, що супроводжується значними некротичними змінами печінки та швидконаростаючою гострою печіновою недостатністю. Страховим випадок визнається за умови підтвердження захворювання лікарем-інфекціоністом та при наявності трьох з наведених критеріїв:

3.1.23.1. стрімке зменшення розмірів печінки,

3.1.23.2. стрімко падаючі показники функції печінки,

3.1.23.3. наростаюча жовтяниця,

3.1.23.4. печінкова енцефалопатія.

3.1.24. Втрата мови – повна і невідновна втрата здатності говорити внаслідок пошкодження та/або захворювання голосових зв'язок. Страховим випадок визнається за умови, при якій даний стан має зберігатись щонайменше протягом 6 (шести) місяців та є підтверджений лікарем-отоларингологом.

3.1.24.1. З покриття виключаються всі випадки психогенної та нейрогенної втрати мови.

3.1.25. Тяжкі захворювання коронарних артерій: Звуження просвіту як мінімум однієї коронарної артерії не менш ніж на 75% та двох інших не менш ніж на 60%, що підтверджено результатами коронарної артеріографії, незалежно від того, чи було виконане будь-яке хірургічне втручання на коронарній артерії. Під коронарною артерією мається на увазі ліва коронарна артерія, ліва передня низхідна, огинаюча та права коронарна артерія. Діагноз має бути підтверджений всіма наведеними нижче умовами:

3.1.25.1. Обмеження фізичної активності;
3.1.25.2. Депресія сегмента ST не менше ніж на 2 мм в 2 (двох) відведеннях при ЕКГ з навантаженням;
3.1.25.3. Погіршення скоротливості не менш ніж двох сегментів серцевого м'язу, при виконанні стрес-ЄхоКГ.
3.1.26. Втрата мови: Повна та незворотна втрата здатності розмовляти внаслідок травми або захворювання голосових зв'язок або центральної нервової системи. Має бути встановлено, що нездатність розмовляти триває безперервно протягом 12 місяців. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем - оториноларингологом (ЛОР - лікарем) або неврологом в залежності від причини втрати мови.
3.1.26.1. Всі порушення, спричинені психічними розладами, є виключенням.
3.1.27. Хірургічне втручання на аорті: перенесене порожнинне хірургічне втручання з метою корекції аневризми, звуження, обструкції або розшарування грудної або черевної частини аорти з використанням хірургічного доступу через грудну клітку або черевну порожнину. При цьому виключаються з покриття всі випадки втручань на гілках аорти та / або випадки малоінвазианих або внутрішньоартеріальних втручань на аорті.и
3.1.28. Термінальна стадія захворювання легень: підтверджена лікарем-пульмонологом стадія захворювання легень, що супроводжується хронічною дихальну недостатність та відповідає всім наведеним критеріям:
3.1.28.1. Стійке зниження об'єму форсованого видиху на першій секунді (ОФВ1, FEV1) до значення менше ніж 1 літр;
3.1.28.2. Постійна підтримуюча оксигенотерапія для корекції гіпоксії;
3.1.28.3. Рівень парціального тиску кисню артеріальної крові 55 мм ртутного стовпчика або менше (PaO2 ≤ 55 мм рт. ст.);
3.1.28.4. Задишка у спокої;
3.1.28.5. Легенева гіпертензія вище за 60 мм.
3.1.29. Смертельні хвороби: Заключний діагноз хвороби, яка очікувано призводить до смерті Застрахованої Особи протягом 12 місяців. Цей діагноз має бути підтверджений лікарем фахівцем відповідної спеціалізації та засвідчений лікарем-консультантом, призначеним Страховиком.
3.1.29.1. Виключаються зі страхового покриття смертельні хвороби за наявності ВІЛ-інфекції або які спричинені ВІЛ-інфекцією
3.1.30. Глухота (втрата слуху): Повна та невідновна втрата слуху на обидва вуха внаслідок нещасного випадку або хвороби щонайменше 80 децибел на всіх частотах слухового сприйняття. Цей діагноз має бути підтверджений результатами аудіометрії або тестів на визначення звукового порогу та засвідчений висновком лікаря - оториноларинголога (ЛОР - лікаря).а
3.1.31. Первинна легенева гіпертензія: Первинна легенева гіпертензія, яка підтверджена не менш ніж 3 (трьома) з наступних критеріїв.
3.1.31.1. Діагноз має бути підтверджений результатами досліджень;
3.1.31.2. Тиск в легеневій артерії 30 мм рт. ст. або вище;
3.1.31.3. ЕКГ ознаки гіпертрофії правої половини серця (зубець R у відведенні V1 та зубець S у відведенні V5 > 1.05 mB/ RV1 та
3.1.31.4. SV5 > 1.05 mV);
3.1.31.5. Зменшення концентрації кисню крові у спокою;
3.1.31.6. Збільшення діаметру правого шлуночка > 3 0 мм за результатами ЕхоКГ.
3.2. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх страхових подій, передбачених п. 3.1. цього Додатку, або на випадок настання однієї або декількох страхових подій з переліку, наведеного у п. 3.1. цього Додатку.
3.3. Випадки, зазначені у п. 3.1. цього Додатку, визнаються страховими, якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії Договору страхування та підтверджений документами, завіреними підписом відповідальної особи (лікуючого лікаря та

головного лікаря) і печаткою медичних установ, за умови, що Застрахована особа прожила принаймні 30 днів після діагностування одного із станів, визначених як критичне захворювання, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.4. Не визнаються страховими випадками події, зазначені у п. 3.1. цього Додатку, якщо вони відбулися внаслідок подій, зазначених в п. 3.3. Умов, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.5. Не визнаються страховими випадками події, зазначені у п. 3.1. цього Додатку, якщо вони відбулися в період перших трьох місяців дії Договору страхування життя, або з дати відновлення дії Договору страхування життя, або з дати внесення змін до договору, що збільшують відповідальність Страховика на випадок критичного захворювання, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші захворювання, що мають ознаки критичних. В такому випадку в Договорі наводиться визначення такого захворювання, чіткі критерії визнання випадку страховим та умови виключеннь з покриття. Наявність страхового покриття за захворюваннями, що не наведено в переліку п. 3.1. може мати вплив на розмір страхового тарифу за випадком Критичного захворювання.

4. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

4.1. Страхова сума за страховими випадками, зазначеними у п. 3.1. цього Додатку, встановлюється за згодою Сторін і може бути встановлена як одна сума за всіма страховими випадками, зазначеними у п. 3.1. цього Додатку, визначеними умовами Договору як «Комплексне покриття», так і окремо за кожним страховим випадком з перерахованих у п. 3.1. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх страхових подій, передбачених п. 3.1. цього Додатку, або на випадок настання однієї або декількох страхових подій, з переліку наведених у п. 3.1. цього Додатку.

4.2. Страховий платіж за страховими випадками, наведеними в цьому Додатку, розраховується на підставі річних страхових тарифів, наведених в цьому додатку, та встановлюється у залежності від статі Застрахованої особи, набору обраних ризиків, які включені до Програми страхування та інших чинників, що впливають на ризик.

4.3. Страховий платіж по Договору страхування повинен сплачуватися у відповідності до графіку та шляхом, наведеним у Договорі страхування.

5. СТРАХОВІ ВИПЛАТИ.

5.1. При настанні страхових випадків, визначених у п.3.1. цього Додатку при умові, якщо вони зазначені в умовах Договору страхування, Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату на підставі умов Договору страхування. Договором страхування може бути передбачено проведення попереднього медичного огляду для проведення страхової виплати.

5.2. Для отримання виплат за Договором страхування необхідно подати Страховику документи, наведені у п. 3.1. цього Додатку та розділу 9 цих ЗУСП п. 9.31.

5.3. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу, спадкоємцям), є обставини, Зазначені в розділі 10 цих ЗУСП.

5.4. Вигодонабувачем за страховими випадками, вказаними в п. 3.1. цього Додатку, є Застрахована особа або її батьки (опікуни), якщо Застрахована особа – дитина віком до 16 років.

6. ОСОБЛИВІ УМОВИ

6.1. У всьому іншому, що не обумовлено в цьому Додатку, Сторони керуються відповідними положеннями ЗУСП та умовами Договору страхування.

Базові річні Страхові тарифи до ПРОГРАМИ страхування №5
(страхування на випадок критичних захворювань)

Вік на момент страхування, *роки*	**Річний страховий тариф,** *у % від страхової суми*			
	ЧОЛОВІКИ		**ЖІНКИ**	
	некурці	курці	некурці	курці
18	0,300	0,360	0,255	0,306
19	0,318	0,382	0,270	0,324
20	0,337	0,404	0,287	0,344
21	0,357	0,429	0,304	0,364
22	0,379	0,454	0,322	0,386
23	0,401	0,482	0,341	0,409
24	0,426	0,511	0,362	0,434
25	0,451	0,541	0,383	0,460
26	0,478	0,574	0,406	0,488
27	0,507	0,608	0,431	0,517
28	0,537	0,645	0,457	0,548
29	0,569	0,683	0,484	0,581
30	0,604	0,724	0,513	0,616
31	0,640	0,768	0,544	0,653
32	0,678	0,814	0,577	0,692
33	0,719	0,863	0,611	0,733
34	0,762	0,915	0,648	0,777
35	0,808	0,969	0,687	0,824
36	0,856	1,028	0,728	0,873
37	0,908	1,089	0,772	0,926
38	0,962	1,155	0,818	0,981
39	1,020	1,224	0,867	1,040
40	1,081	1,297	0,919	1,103
41	1,146	1,375	0,974	1,169
42	1,215	1,458	1,032	1,239
43	1,288	1,545	1,094	1,313
44	1,365	1,638	1,160	1,392
45	1,447	1,736	1,230	1,476
46	1,534	1,840	1,303	1,564
47	1,626	1,951	1,382	1,658
48	1,723	2,068	1,465	1,758
49	1,826	2,192	1,552	1,863
50	1,936	2,323	1,646	1,975
51	2,052	2,463	1,744	2,093
52	2,175	2,610	1,849	2,219
53	2,306	2,767	1,960	2,352
54	2,444	2,933	2,078	2,493
55	2,591	3,109	2,202	2,643
56	2,746	3,296	2,334	2,801
57	2,911	3,493	2,474	2,969
58	3,086	3,703	2,623	3,147
59	3,271	3,925	2,780	3,336
60	3,467	4,161	2,947	3,536

При страхуванні здоров'я на випадок критичних захворювань колективу Застрахованих осіб в залежності від їх кількості можуть застосовуватись знижувальні коефіцієнти до обраного базового річного страхового тарифу, розміри яких наведені у Таблиці 1.2. цього Додатку.

Таблиця 1.2

Кількість Застрахованих осіб	Знижувальний коефіцієнт до базового річного страхового тарифу
10 – 20	0,9
21 – 50	0,85
Більше 50	0,8

При короткостроковому страхуванні до 1 (одного) року до базових річних страхових тарифів застосовуються коефіцієнти, наведені в Таблиці 1.3 цього Додатку.

Таблиця 1.3

Строк страхування (місяці)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Коефіцієнт	0,09	0,2	0,28	0,35	0,45	0,55	0,6	0,7	0,85	0,9	0,95	1,00

Коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують обставини, що впливають на ступінь ризику, наведені в Таблиці 1.4 цього Додатку.

Таблиця 1.4

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Коригуючий коефіцієнт (діапазон)
Розмір страхових сум, лімітів відповідальності	0,2 – 7,0
Час надання страхових послуг в межах добового періоду	0,1 – 1,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 5,0
Місце дії Договору страхування	0,3 – 5,0
Регіон постійного проживання Застрахованої особи	0,4 – 3,0
Розмір виплати за добу тимчасової непрацездатності	0,2 – 4,0
Історія збитків клієнта у Страховика	0,3 – 7,0
Розстрочення страхового платежу	1,0 – 4,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0

Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за Договором страхування, має право застосовувати до базових страхових тарифів як підвищувальні так і понижуючі корегувальні коефіцієнти в діапазоні від 0,05 до 12,5 в залежності від чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку за конкретним договором: стан здоров'я, наявність шкідливих звичок, ризикованість професійної діяльності Застрахованої особи та інших.

Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування, або відповідно до законодавства. Але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим.

Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування за страховим продуктом «Страхування здоров'я на випадок критичних захворювань» становить до 75 відсотків величини страхового тарифу (страхової премії, якщо страховий тариф у договорі страхування не визначається).

Додаток №4
до Загальних умов страхового продукту №040 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. За цією програмою можуть бути застраховані фізичної особи у віці від 1 до 70 років.

1.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші обмеження щодо страхування осіб.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

2.1. **Предметом договору** страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

2.2. **Об'єктом страхування** за Договорами страхування є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

3.1. Страховим ризиком, на випадок якого проводиться страхування, є:

3.1.1. Госпіталізація Застрахованої особи внаслідок захворювання. Під госпіталізацією Застрахованої особи згідно з програмою цих ЗУСП визнається перебування застрахованої особи на цілодобовому стаціонарному лікування протягом більше ніж 5 днів (якщо інше не передбачено умовами Договору страхування) внаслідок подій, передбачених Договором страхування. В Договорі страхування можуть бути зазначені одна або декілька подій, госпіталізація внаслідок яких визнається страховим випадком.

3.2. Не визнаються страховими випадками (якщо інше не передбачене Договором страхування) події, зазначені у п. 3.1. цього Додатку, якщо вони відбулися внаслідок подій, зазначених в розділі 12 цих ЗУСП, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

4.1. Страхова сума за страховим випадком, зазначеним у п.3.1. цього Додатку, встановлюється за згодою Сторін.

4.2. Страховий платіж за цією програмою розраховується виходячи із страхової суми, встановленої для цього страхового випадку та страхового тарифу, що наведений у цьому Додатку.

4.3. Річний страховий тариф встановлюється андерайтером, в залежності від терміну страхування, віку Застрахованої особи, чинників, що впливають на ступінь ризику (професія Застрахованої особи, водіння транспорту, тощо). Базові річні страхові тарифи зазначені в цьому Додатку.

4.4. Страховий платіж за Договором страхування повинен сплачуватися у відповідності до графіку та шляхом, наведеним у Договорі страхування.

5. СТРАХОВІ ВИПЛАТИ.

5.1. Схеми розрахунку розміру страхової виплати при настанні страхового випадку:

5.1.1. Застрахованій особі нараховується страхова виплата у наступному розмірі за кожен день госпіталізації Застрахованої особи на строк (за перші 5 днів виплата не нараховується, якщо інше не передбачено Договором):

5.1.1.1. до 14 днів - 0,1% від страхової суми, починаючи з 6-го календарного дня тимчасової непрацездатності;
5.1.1.2. від 15 до 30 днів - 0,2% від страхової суми;
5.1.1.3. від 31 до 35 днів - 0,3% від страхової суми;
5.1.1.4. від 36 до 40 днів - 0,4% від страхової суми;
5.1.1.5. понад 40 днів, але не більше 60 днів - 0,5% від страхової суми.

5.1.2. Застрахованій особі нараховується страхова виплата у наступному розмірі в залежності від тривалості госпіталізації (за перші 7 днів виплата не нараховується, якщо інше не передбачено Договором):
5.1.2.1. при госпіталізації на строк від 8 до 30 днів – 35 % від страхової суми;
5.1.2.2. при госпіталізації на строк від 31 до 60 днів – 65 % від страхової суми;
5.1.2.3. при госпіталізації на строк від 61 днів – 100 % страхової суми.

5.1.3. Застрахованій особі нараховується страхова виплата у розмірі від 0,1% до 1% за кожен день госпіталізації але не більше ніж за 50 днів госпіталізації з однієї причини (конкретний розмір відсотку за кожен день госпіталізації зазначається в Договорі страхування; за перші 5 днів виплата не нараховується, якщо інше не передбачено Договором страхування).

5.2. Загальна сума страхових виплат за однією Застрахованою особою не може перевищувати розмір страхової суми за ризиком, встановленої у Договорі страхування.

Базові річні Страхові тарифи до програми страхування допоміжних ризиків №6

а) Вік на момент страхування,	**Річний страховий тариф,**
18 – 50	10,0
51 – 60	20,0

Додаток №5
до Загальних умов страхового продукту №040 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ, ЩО ПЕРЕНЕСЕНО ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ
(Програма страхування допоміжних ризиків №7)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. За цією програмою можуть бути застраховані фізичної особи у віці від 1 до 70 років.
1.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші обмеження щодо страхування осіб.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

2.1. **Предметом договору** страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.
2.2. **Об'єктом страхування** за Договорами страхування є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

3.1. Страховим ризиком, на випадок якого проводиться страхування, є:
3.1.1. хірургічне втручання, необхідність якого викликана пошкодженням здоров'я Застрахованої особи внаслідок
3.1.1.1. нещасного випадку або хвороби відповідно переліку Таблиці 1 цього Додатку;
3.1.1.2. нещасного випадку відповідно переліку Таблиці 3 цього Додатку.
3.2. Не визнаються страховими випадками (якщо інше не передбачене Договором страхування) події, зазначені у п. 3.1. цього Додатку, якщо вони відбулися внаслідок подій, зазначених в розділі 12 цих ЗУСП, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

4.1. Страхова сума за страховим випадком, зазначеним у п. 3.1. цього Додатку, встановлюється за згодою Сторін.
4.2. Страховий платіж за цією програмою розраховується виходячи із страхової суми, встановленої для цього страхового випадку та страхового тарифу, що наведений у цьому Додатку.
4.3. Річний страховий тариф встановлюється андерайтером, в залежності від терміну страхування, віку Застрахованої особи, чинників, що впливають на ступінь ризику (професія Застрахованої особи, водіння транспорту, тощо). Базові річні страхові тарифи зазначені в цьому Додатку.
4.4. Страховий платіж за Договором страхування повинен сплачуватися у відповідності до графіку та шляхом, наведеним у Договорі страхування.

5. СТРАХОВІ ВИПЛАТИ.

5.1. Розмір страхової виплати у випадку хірургічного втручання внаслідок нещасного випадку або хвороби визначається у відсотках від страхової суми, встановленої за таким страховим випадком, згідно Таблиці 1 цього Додатку.
5.1.1. Якщо Застрахована особа зазнає хірургічного втручання, яке є страховим випадком згідно цієї Програми, але не наведене в Таблиці 1 цього Додатку, то в такому випадку Страховик розраховуватиме розмір страхової виплати шляхом порівняння

перенесоного Застрахованою особою хірургічного втручання з хірургічною операцією, яка наведена в Таблиці 1 цього Додатку, та має відповідний рівень складності та обсягу втручання. Рівень складності такої хірургічної операції визначається лікарем-спеціалістом Страховика.

5.1.2. Якщо Застрахована особа зазнає декілька хірургічних операцій одночасно, розмір страхової виплати визначається у відповідності до хірургічної операції Таблиці 1 цього Додатку, яка відповідає найбільшій страховій виплаті по одній із зазначених хірургічних операцій.

5.2. Договором може бути передбачена інший розрахунок розміру страхової виплати, що не суперечить чинному законодавству України.

5.3. Страхова виплата може бути здійснена представникові Страхувальника (Застрахованої особи) на підставі доручення, оформленого Страхувальником (Застрахованою особою) у встановленому законом порядку.

5.4. При страхуванні на умовах «Комплексне покриття» страхова сума за об'єднаною групою страхових випадків зменшується на суму виплат, здійснених по кожному страховому випадку, що входять до неї. Виплата здійснюється в межах страхової суми, з урахуванням раніше проведених виплат за цими страховими випадками.

5.5. Для отримання страхових виплат за Договором страхування необхідно подати Страховику документи, зазначені в розділі 9 цих ЗУСП.

5.6. При настанні страхових випадків, зазначених у п.3.1. цього Додатку, Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату, якщо інше не передбачено Договором страхування, тільки після медичного огляду.

6. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

6.1. У всьому іншому, що не обумовлено в цьому Додатку, Сторони керуються відповідними положеннями ЗУСП та Договором страхування.

РОЗМІРИ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ВТРУЧАННІ ВНАСЛІДОК НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ АБО ХВОРОБИ

Таблиця 1

№ п/п	Опис хірургічного втручання	Страхова виплата (у % від СС)
1	**ЧЕРЕП:**	
1.1	Розтин черепної порожнини, крім ізольованої трепанації та пункції	100%
1.2	Видалення кістки, трепанація задля декомпресії	30%
2	**ОЧІ:**	
2.1	Відшарування сітчастої оболонки – багаторазове прикріплення лазером	100%
2.2	Катаракта	50%
2.3	Глаукома	30%
2.4	Видалення очного яблука (енукліація)	30%
2.5	Видалення птеригію	20%
2.6	Розріз ячменю або халазія	5%
3	**ВУХО:**	
3.1	Розтин барабанної перетинки вуха (парацентез)	5%
3.2	Мастоідектомія - радикальна - одностороння	50%
3.3	Мастоідектомія - радикальна - двостороння	60%
3.4	Фенестрація, однієї або обох сторін	100%
4	**НІС:**	
4.1	Операція з внутрішнім доступом (трансназальним) до пазух носа	15%
4.2	Операція з зовнішнім доступом до пазух носа	35%

4.3	Поліпи, видалення одного або більше	5%
4.4	Резекція підслизової оболонки	25%
4.5	Турбінектомія	10%
5	**ЩИТОВИДНА ЗАЛОЗА:**	
5.1	Видалення щитовидної залози, включаючи всі стадії	70%
6	ГОРЛО:	
	Тонзілектомія або тонзіл- та аденоїдоктомія:	
6.1	- дорослі та діти у віці 15 та більше років	15%
6.2	- діти у віці до 15 років	10%
6.3	Використання ларингоскопу для діагностики	5%
6.4	*Тонзілектомія та аденоідоктомія не покривається протягом перших 180 днів строку дії цього страхового покриття.*	
7	**МОЛОЧНІ ЗАЛОЗИ:**	
7.1	Ампутація однієї або обох, радикальна, з резекцією до підпахової западини	70%
7.2	Ампутація однієї або обох, проста	40%
8	**ГРУДНА КЛІТКА:**	
8.1	Повна торакопластика (відкриття грудної клітки)	100%
8.2	Видалення легені (пневмонектомія) або її частини	70%
8.3	Розтин грудної порожнини з метою діагностики або лікування, крім проколювання (пункції)	30%
8.4	Видалення гною, крім проколювання (пункції)	10%
8.5	Штучний пневмоторакс	10%
	Бронхоскопія:	
8.6	- діагностична	10%
8.7	- під час операції, виключаючи біопсію	20%
9	**ЧЕРЕВНА ПОРОЖНИНА:**	
9.1	Видалення апендиксу	35%
9.2	Резекція кишки	70%
9.3	Резекція шлунку	70%
9.4	Гастроентеростомія	60%
9.5	Видалення жовчного міхура (холецистектомія)	60%
9.6	Розтин черевної порожнини з метою діагностики або видалення через хірургічний доступ (включчно з лапароскопічним) одного або більше органів крім вказаного вище (якщо за один раз проводяться дві або більше хірургічних операцій, відшкодування сплачується тільки за одну)	50%
10	**СТРАВОХІД:**	
10.1	Операція усунення стриктури (органічного звуження)	40%
10.2	Езофагогастродуоденоскопія (одноразова за рік дії Договору)	5%
11	ПРЯМА КИШКА:	
11.1	Радикальна операція з приводу злоякісної пухлини, всі стадії, включно колостомію	100%
11.2	Геморой, тільки зовнішній, повна процедура видалення	10%
11.3	Геморой, внутрішній або внутрішній та зовнішній, включаючи випадіння прямої кишки, повна процедура видалення	20%
11.4	Анальна нориця, нориця прямої кишки	15%
11.5	Тріщина	5%
11.6	Інша операція з розтином	20%
12	**СЕЧО-СТАТЕВА СИСТЕМА:**	
12.1	Видалення нирки	70%
12.2	Фіксація нирки	70%

	Видалення пухлин або каміння з нирки, уретри або міхура через:	
12.3	- операцію з прямим хірургічним доступом	60%
12.4	- катетеризацію або ендоскопію	20%
12.5	Операція на уретрі	30%
12.6	Операція всередині уретри	15%
	Простата:	
12.7	- повне видалення за допомогою прямого хірургічного доступу	70%
12.8	- часткове видалення за допомогою ендоскопії	25%
12.9	- інша операція з розтином тканин	50%
12.10	Орхидектомія або епідідімектомія	25%
12.11	Гідроцеле або варікоцеле	10%
12.12	Видалення пухлин	20%
12.13	Гістеректомія та оваріектомія з матковими трубами, двостороння	80%
	- одностороння оваріектомія з матковими трубами	50%
12.14	Гістеректомія	60%
12.15	Оваріектомія з тубектомією, одна сторона	30%
	- двостороння	60%
12.16	Конізація	20%
12.17	Вискоблювання	10%
13	**ВЕНИ:**	
	Варикоз - операція з розрізанням або лікуванням ін'єкціями	
13.1	- одна нога	20%
13.2	- дві ноги	30%
14	**СУГЛОБИ ТА ВИВИХИ:**	
14.1	Розтин суглобу при захворюванні або розладі, крім вказаного нижче та пункції	15%
14.2	Розтин плечового, ліктьового, стегнового або колінного суглобу, крім пункції	40%
	Видалення та фіксація через операцію, дезартикуляцію або артопластику на:	
14.3	плечі, стегні або хребті	75%
14.4	коліні, лікті, зап'ясті або кісточці	30%
	Вивих (лікування без операції):	
14.5	пальців рук або ніг, кожного	5%
14.6	плеча, ліктя, зап'ястя або гомілки	15%
14.7	нижньої щелепи	5%
14.8	стегна або коліна, крім колінної чашки	20%
14.9	колінної чашки	5%
14.10	вивих (скручення) зап'ястя або гомілки, що вимагає фіксацію Паризьким пластиром	10%
14.11	Для вивихів, які вимагають хірургії, максимальна сума відшкодування розраховується у подвійному розмірі від сум, вказаних вище	
15	**ПЕРЕЛОМИ:**	
	а) Лікування простих переломів (без хірургії):	
15.1	Ключиці, плечового суглобу, чи передпліччя (одна кістка)	15%
15.2	Передплюсні кістки, п'ясні кістки, крижі або копичку	10%
15.3	Стегна	40%
15.4	Верхньої тяги руки або ноги - одна кістка	25%
15.5	Кожного пальця руки чи ноги, або ребра	5%
15.6	Передпліччя - дві кістки, колінної чашки, або тазу без необхідності витягування	20%

15.7	Гомілки, дві кістки	30%
15.8	Щелепи, нижньої	20%
15.9	Зап'ястя, п'ясних кісток, носа, ребер - два або більше, або грудини	10%
15.10	Тазу з необхідністю витягування	30%
15.11	Хребців, поперечні процеси, кожен	5%
15.12	Хребців, компресивний перелом, один або більше	40%
15.13	Зап'ястя	10%
	б) Лікування складних та відкритих переломів:	
15.14	Для складних переломів вказані вище частки збільшуються у 1,5 рази. Для переломів, які вимагають хірургії (включаючи виправлення або остеосинтез), вказані вище частки подвоюються, але максимальне Відшкодування не повинно перевищувати	100%
16	**АМПУТАЦІЯ:**	
16.1	Пальців руки або ноги, кожного	10%
16.2	Кисті, руки або стопи на рівні гомілки	20%
16.3	Верхньої або нижньої кінцівки	40%
16.4	Стегна на рівні боку	70%
17	**КИЛА:**	
	Оперативне усунення:	
17.1	- однієї	30%
17.2	- подвійної	50%
18	**ПУНКЦІЯ:**	
18.1	- черевної порожнини	10%
18.2	- грудної порожнини або сечового міхура, крім катетеризації сечового міхура	5%
18.3	- барабанної перетинки, гідроцеле, суглобів або хребта	5%
19	**ОПІКИ:**	
19.1	Опіки шкіри II та III ступеню з ураженням поверхні шкіри на 27% та більше	100%
19.2	Опіки шкіри II та III ступеню з ураженням поверхні шкіри на 18% та більше, але менше 27%	60%
19.3	Опіки шкіри II та III ступеню з ураженням поверхні шкіри на 9% та більше, але менше 18%	30%
19.4	Опіки шкіри II та III ступеню з ураженням поверхні шкіри на 4,5% та більше, але менше 9%	16%
20	**ПУХЛИНИ:**	
20.1	Хірургічне видалення:	
20.2	Злоякісних пухлин, крім тих, які знаходяться на слизовій оболонці, шкірі та в підшкірній тканині	50%
20.3	Злоякісних пухлин, які знаходяться на слизовій оболонці, шкірі та в підшкірній тканині	25%
20.4	Пілонідальних пазух (нориць) або кісти	25%
20.5	Доброякісної пухлини яєчка або молочних залоз	20%
20.6	Нервового вузла	5%
20.7	Доброякісних пухлин, однієї або більше, крім вказаних вище	10%
21	**НАГНОЄННЯ:**	
21.1	Розтин поверхневого (неглибокого) нагноєння, абсцесу або фурункулу, одного або більше	5%
21.2	Хірургічне лікування карбункулу, одного або більше	10%

БАЗОВІ РІЧНІ ТАРИФИ, У % ВІД СТРАХОВОЇ СУМИ

За випадком хірургічного втручання внаслідок нещасного випадку або хвороби

Таблиця 2

Вік	$T_Б$, %
	Хірургічне втручання
3-17	1,309
18-30	1,452
31 -35	2,176
36-40	3,332
41-45	4,522
46-50	6,018
51 -55	6,834
56-70	7,859

Додаток №6
до Загальних умов страхового продукту №040 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ
(Варіант 2)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

1.1. За цими умовами можуть бути застраховані фізичні особи у віці від 3 до 65 років, якщо інше не вказано в Договорі страхування.

1.2. Не укладаються Договори страхування за умовами, наведеними у цьому Додатку щодо інвалідів I та II групи.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

2.1. **Предметом договору** страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

2.2. **Об'єктом страхування** за Договорами страхування є життя, здоров'я та працездатність Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ, ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

3.1. Страховими випадками є наслідки захворювання, на яке Застрахована особа хворіє у період, визначений у Договорі страхування, а саме:

3.1.1. Тимчасова втрата працездатності[1];

3.1.2. Стійка втрата працездатності (інвалідність I, II (довічно), II, III групи);

3.1.3. Смерть.

3.1.4. Настання захворювання Застрахованої особи відповідно Таблиці 2 цього додатку «Перелік захворювань та розмір виплат за ними».

3.1.4.1. Договором страхування життя можуть бути передбачені інші розміри виплат за захворюваннями Таблиці 2 цього додатку «Перелік захворювань та розмір виплат за ними», а також умовами Договору перелік може бути доповнено або деякі з захворювань можуть бути виключені зі страхового покриття.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, під захворюванням розуміються вперше виявлені у період дії Договору страхування захворювання, які призвели до настання страхового випадку.

[1] Для дітей (особи, віком від народження до 18 років на дату укладання Договору страхування – надалі Діти) та непрацюючих громадян - необхідність стаціонарного лікування у зв'язку із захворюванням.

3.2. Умовами Договору страхування життя може бути передбачено страхове покриття за одним або декількома наведеними в п. 3.1. випадками.

3.3. Не визнаються страховими випадками наслідки захворювання, зазначені у п. 3.1. цього Додатку, що сталися внаслідок подій, вказаних в розділі 12 цих ЗУСП та п. 3.5. цього Додатку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

3.4. Договором страхування можуть бути передбачені страхові випадки, зазначені у цьому Додатку, з іншим переліком причин та обмеженням обставин настання страхових випадків (наприклад, страховим випадком може бути визначені випадки, наведені у п. 3.1. цього Додатку з будь-якої причини).

3.5. Не вважаються страховими випадками, якщо інше не передбачено Договором страхування, ризики, зазначені в п. 3.1 цього Додатку, що сталися з Застрахованою особою:

3.5.1. Хвороба, яку було діагностовано до укладання договору страхування життя;
3.5.2. Настання або загострення будь-якої хвороби, що були діагностовані у Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування життя;
3.5.3. Бактеріальні та вірусні інфекційні захворювання, діагностовані протягом першого місяці дії договору страхування життя;
3.5.4. Новоутворення, хвороби ендокринної системи, діагностовані протягом перших трьох місяців дії договору страхування життя;
3.5.5. Загострення та ускладнення хронічного захворювання при умові що таке хронічне захворювання було діагностовано до укладання договору страхування життя;
3.5.6. Вроджені вади та їх ускладнення;
3.5.7. Хвороби, виникнення яких пов'язане з вагітністю та пологами;
3.5.8. Наслідки вживання алкоголю, токсичних речовин або медичних препаратів без призначення лікаря, самолікування, добровільної участі в медичних експериментах, дослідженні медичних препаратів;
3.5.9. Наслідки спроб самогубства та самопошкодження;
3.5.10. Хвороби, що мають масовий та епідемічний характер;
3.5.11. Хвороби, пов'язані з пластичними операціями, та ускладнення, пов'язані з такими хірургічними втручаннями.
3.5.12. За результатами оцінки медичної, професійної інформації про Застраховану особу, інформації про заняття спортом та інші види діяльності, а також за результатами медичного обстеження, андерайтером можуть бути встановлені додаткові виключення зі страхового покриття або деякі з наведених в п. 3.5.1. – 3.5.11. виключень можуть бути скасовані.

4. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

4.1. Страхова сума за страховими випадками, наведеними у п. 3.1. цього Додатку, встановлюється за згодою Сторін та зазначається у Договорі страхування і може бути встановлена як одна сума за всіма страховими випадками, зазначеними у п. 3.1. цього Додатку, визначеними умовами Договору як «Комплексне покриття», так і окремо за кожним Страховим випадком. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх страхових подій, передбачених п. 3.1. цього Додатку, або на випадок настання одного або декількох страхових ризиків, з переліку, наведеного у п. 3.1. цього Додатку.
4.2. Страхова премія за страховими випадками, наведеними в цьому Додатку, розраховується виходячи із страхової суми, встановленої для цих страхових випадків та тарифної ставки, що наведена у цьому Додатку.
4.3. Річна тарифна ставка по кожному страховому випадку, що зазначена у цьому Додатку, встановлюється андерайтером, в залежності від терміну страхування, чинників, що впливають на ступінь ризику (професія Застрахованої особи, водіння транспорту тощо), обраного варіанту розрахунку страхової виплати. Інструкція для розрахунку базових тарифних ставок наведена наприкінці цього Додатку.
4.4. Страховий внесок за Договором страхування повинен сплачуватися у відповідності до графіку та шляхом, наведеним у Договорі страхування.

5. СТРАХОВІ ВИПЛАТИ.

5.1. При настанні страхових випадків Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу (Спадкоємцю Застрахованої особи згідно чинного законодавства) відповідно до умов Договору страхування.
5.2. Загальна сума страхових виплат за одним або кількома страховими випадками, зазначеними у п. 3.1. цього Додатку, що сталися в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, встановленої для цих страхових випадків та визначених в Договорі страхування.

5.3. При настанні страхового випадку, що зазначений у п. 3.1.1. цього Додатку, якщо інше не передбачено Договором страхування, розмір страхової виплати визначається згідно п. 5.3.1. – 5.3.5. цього Додатку в залежності від обраного Страховиком варіанту при укладанні Договору страхування.

5.3.1. Страхова виплата здійснюється одноразово. Страхова виплата встановлюється за кожний день непрацездатності (лікування), включаючи вихідні та святкові дні, у розмірі від 0,1 до 0,5% від страхової суми - в залежності від терміну втрати працездатності (лікування)[3] за кожен день непрацездатності. За Договором страхування оплачується не більше 50 днів непрацездатності (лікування) по кожному страховому випадку, якщо інше не передбачено договором. За перші 5 днів виплата не відбувається.

5.3.2. Розмір страхової виплати у випадку тимчасової непрацездатності:

[3] При терміні непрацездатності у дорослих:

- До 14 днів - 0,1% від страхової суми, починаючи з 6-год календарного дня тимчасової непрацездатності;
- Від 15 до 30 днів - 0,2% від страхової суми;
- Від 31 до 35 днів - 0,3% від страхової суми;
- Від 36 до 40 днів - 0,4% від страхової суми;
- Понад 40 днів - 0,5% від страхової суми.

При тривалості лікування у дітей в віці до 18 років та непрацюючих громадян:

- До 14 днів - 0,1% від страхової суми;
- Від 15 до 30 днів - 0,15% від страхової суми;
- Від 31 до 35 днів - 0,2% від страхової суми;
- Від 36 до 40 днів - 0,25% від страхової суми;
- Понад 40 днів - 0,3% від страхової суми.

5.3.3. Застрахованій особі нараховується страхова виплата у наступному розмірі в залежності від тривалості непрацездатності (за перші 7 днів виплата не нараховується, якщо інше не передбачено Договором):

5.3.3.1. при непрацездатності на строк від 8 до 30 днів – 35 % від страхової суми;

5.3.3.2. при непрацездатності на строк від 31 до 60 днів – 65 % від страхової суми;

5.3.3.3. при непрацездатності на строк від 61 днів – 100 % страхової суми.

5.3.4. Застрахованій особі нараховується страхова виплата у розмірі від 0,1% до 1% за кожен день непрацездатності, але не більше ніж за 50 днів непрацездатності з однієї причини (конкретний розмір відсотку за кожен день непрацездатності зазначається в Договорі страхування; за перші 5 днів виплата не нараховується, якщо інше не передбачено Договором страхування).

5.3.5. Загальна сума страхових виплат за однією Застрахованою особою за одним ризиком не може перевищувати розмір страхової суми за таким ризиком, встановленої у Договорі страхування.

5.4. При настанні страхового випадку, що зазначений у п. 3.1.2. цього Додатку, розмір страхової виплати складає:

5.4.1. при встановленні I групи інвалідності - 100% страхової суми;

5.4.2. при встановленні II групи інвалідності – 80% страхової суми;

5.4.3. при встановленні III групи інвалідності – 60% страхової суми.

5.4.4. При настанні інвалідності дитини віком до 18 років страхова виплата складає 100% від страхової суми.

5.5. Договором може бути передбачена інший розрахунок розміру страхової виплати, що не суперечить чинному законодавству України.

5.6. Страхова виплата може бути здійснена представникові Страхувальника (Застрахованої особи) на підставі доручення, оформленого Страхувальником (Застрахованою особою) у встановленому законом порядку.

5.7. При настанні страхового випадку, що зазначений у п. 3.1.3. цього Додатку (смерть Застрахованої особи в наслідок захворювання) Вигодонабувачу або спадкоємцю

Застрахованої особи згідно чинного Законодавства здійснюється страхова виплата у розмірі 100% від страхової суми.

5.8. При настанні страхового випадку, що зазначений в п. 3.1.4. цього Додатку (Настання захворювання Застрахованої особи) розмір страхової виплати визначається згідно з Таблицею 2 цього Додатку «Перелік захворювань та розмір виплат за ними».

5.9. При страхуванні на умовах «Комплексне покриття» страхова сума за об'єднаною групою страхових випадків зменшується на суму виплат, здійснених по кожному страховому випадку, що входять до неї. Виплата здійснюється в межах страхової суми, з урахуванням раніше проведених виплат за цими страховими випадками.

5.10. Для отримання страхових виплат за Договором страхування необхідно подати Страховику документи, зазначені в розділі 9 цих ЗУСП.

5.11. При настанні страхових випадків, зазначених у п.3.1. цього Додатку, Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату, якщо інше не передбачено Договором страхування, тільки після медичного огляду.

6. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

6.1. У всьому іншому, що не обумовлено в цьому Додатку, Сторони керуються відповідними положеннями ЗУСП та Договором страхування.

Базові річні Страхові тарифи до програми страхування №4
(страхування на випадок захворювання)

Страховий тариф розраховується за наступною формулою:

СТ0 = (Т1+…+Т6) х (k1 x k2 x k3) x Ка, де:

СТ0 – базовий страховий тариф по Застрахованій особі.
Т1… Т6 - базові страхові тарифи за окремими ризиками
k 1,k 2, k 3 - коригуючі коефіцієнти залежно від міри вірогідності настання ризику
Ка – корегувальний коефіцієнт андерайтера в межах, зазначених в п. 5.4. цих ЗУСП.

Правила округлення – при підрахунку базового страхового тарифу СТ0 округлення відбувається до 4-х знаків після коми, використовуючи правила математичного округлення.

Таблиця 1

Базові страхові тарифи за ризиками, які є наслідками захворювання, що трапилося із застрахованою особою

Ризики	**Тариф в %, Т**
Смерть ($Т_1$)	0,21
Інвалідність 1 групи ($Т_2$)	0,196
Інвалідність 2 групи ($Т_3$)	0,294
Інвалідність 2 групи (довічно) ($Т_{3д}$)	0,294
Інвалідність 3 групи ($Т_4$)	0,392
Тимчасова непрацездатність ($Т_5$)	0,55
Настання захворювання ($Т_6$)	4,147
Вік на момент страхування, років	корегуючий коефіцієнт, k1
3 –18	1
19 – 30	0,857
31 – 40	1,143
41	1,372
42	1,459

43	1,571
44	1,684
45	1,801
46	1,944
47	2,112
48	2,286
49	2,459
50	2,684
51	2,913
52	3,143
53	3,429
54	3,714
55	4,056
56	4,143
57	4,342
58	4,398
59	4,602
60	4,714
61 – 65	5,143
термін дії договору	коеф. k2
3 дні	0,02
5 днів	0,03
6 днів	0,04
7 днів	0,05
8-14 днів	0,09
15-21 днів	0,14
22-31 днів	0,20
2 міс.	0,30
3 міс.	0,40
4 міс.	0,50
5 міс.	0,60
6 міс.	0,70
7 міс.	0,75
8 міс.	0,80
9 міс.	0,85
10 міс.	0,90
11 міс.	0,95
12 міс.	1,00
кількість осіб, які підлягають страхуванню	коеф. k3
від 10 до 20	0,90
від 21 до 50	0,85
від 51 до 200	0,80
від 201	за рішенням андерайтера

Таблиця 2
«Перелік захворювань та розмір виплат за ними»

№	Захворювання	Розмір виплати, %
	I. Хвороби системи кровообігу:	
1	Гострий інфаркт міокарду	50
2	Повторний інфаркт міокарду	25
3	Гострий перікардит	20
4	Гострий та підгострий ендокардит	15
5	Гострий міокардит	15
6	Кардіоміопатія	10
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	10
8	Тромбофлебіт, флеботромбоз	15
9	Посттромбофлебічний синдром	10
10	Облітеруючий ендертеріїт	10
11	Облітеруючий тромбангіїт	10
12	Облітеруючий артеріосклероз кінцівок	12
13	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40
14	Геморагічний інсульт	50
15	Ревматизм в активній фазі	10
16	Інші ревматичні хвороби серця	8
17	Гостра сердцево-легенева недостатність	25
18	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30
19	Аневризма та розшарування аорти	30
20	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	20
21	Розрив аневризми судин мозку	40
	II. Хвороби крові, кровотворних органів:	
22	Анемія внаслідок ферментних порушень	10
23	Анемії, пов'язані з харчуванням	5
24	Придбані анемії	10
25	Тромбоцитна пурпура	35
	III. Хвороби органів дихання:	
26	Тонзиліт (ангіна)	6
27	Бронхопневмонія	7
28	Емфізема	8
29	Пневмонія	10
30	Плеврит	10
31	Пневмоторакс	10
32	Гемоторакс	10
33	Бронхоектатична хвороба	15
34	Абсцес легені та середостіння	15
35	Бронхіальна астма	20
	IV. Хвороби органів травлення:	
36	Пахова, стегнова кила	10
37	Діафрагмальна кила	15
38	Інші кили черевної порожнини	8
39	Перитоніт	25
40	Гострий холецистит	10
41	Постхолецистектомічний синдром	10
42	Гострий панкреатит	15
43	Панкреонекроз	45

44	Гостра кишкова непрохідність	25
45	Хвороби апендициту	15
46	Жовче-кам'яна хвороба (вперше виявлена)	15
47	Виразкова хвороба шлунку	15
48	Виразкова хвороба 12-палої кишки	15
	V. Хвороби сечостатевої системи	
49	Нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярная хвороба (вперше виявлені)	15
50	Сечо-кам'яна хвороба (вперше виявлена)	20
51	Ниркова коліка	15
52	Уретрит	15
53	Гострий цистит	5
54	Гостра ниркова недостатність	50
55	Запальне захворювання матки	20
56	Гострий параметрит, гострий перитоніт	20
57	Гострий сальпінгіт та оофорит	8
58	Запальні хвороби простати	10
59	Випадіння статевих органів	10
60	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	12
	VI. Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини:	
61	Ревматизм	20
62	Вузелковий периартеріїт	25
63	Ревматоїдний артрит	20
64	Остеоартроз	12
65	Артроз, артрит	8
66	Системний червоний вовчак	40
67	Хвороба Бехтерева	35
68	Системна склеродермія	30
69	Подагра	15
70	Ішіас	15
71	Поліартроз, поліартрит	10
72	Хвороба Рейтера (реактивний поліартрит)	15
73	Хвороби міжхребцевих дисків (дискогенний радикуліт)	8
74	Кила міжхребцевих дисків	10
	VII. Хвороби ендокринної системи:	
75	Гипотеріоз	25
76	Зоб токсичний дифузно-вузловий	20
77	Тиреоідіт	15
78	Цукровий діабет (вперше виявлений)	40
	VIII. Хвороби нервової системи	
79	Ураження трійчастого нерва	15
80	Ураження лицевого нерва	15
81	Ураження периферійної нервової системи (нервових стовбурів, корінців та сплетінь)	10
82	Міастенія гравіс	10
	IX. Хвороби ока та вуха	
83	Кератити	5
84	Іридоцикліти	5
85	Склерити, епісклерити	3
86	Катаракта (окрім вродженої)	10
87	Глаукома	15

88	Неврит зорового нерву	10
89	Виразки роговиці	10
90	Хвороби сосудів сітчатки та зорового нерву	10
91	Хвороби сльозових шляхів	5
92	Хвороби зовнішнього вуха	3
93	Хвороби середнього вуха	5
94	Хвороби внутрішнього вуха	8
	X. Новоутворення	
95	Злоякісні новоутворення стравоходу	50
96	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипалої кишка)	50
97	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (жовчний міхур, шлунок, селезінка, худа кишка, клубова кишка, поперечна ободова кишка, сигмовидна кишка, сліпа кишка з апендиксом, спадна і висхідна ободова кишка, печінка)	45
98	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70
99	Злоякісна меланома шкіри	20
100	Злоякісні новоутворення молочної залози:	
	- до 35 років	50
	- від 35 років і старше	40
101	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки:	
	- до 35 років	50
	- від 35 років і старше	40
102	Злоякісні новоутворення простати та яєчок	
	- до 35 років	40
	- від 35 років і старше	30
103	Злоякісні новоутворення головного мозку	70
104	Злоякісні новоутворення щитовидної залози	25
105	Лейкоз	40
106	Мієломна хвороба	45
107	Інші злоякісні новоутворення	30
108	Доброякісні новоутворення головного мозку	40
109	Доброякісні новоутворення молочної залози	25
110	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	30
111	Інші доброякісні новоутворення (окрім доброякісних новоутворень шкіри)	15
	XI. Інфекційні та паразитарні хвороби:	
112	Холера	15
113	Тиф и паратиф	15
114	Сальмонельоз	10
115	Ботулізм	15
116	Дизентерія	10
117	Туляремия	15
118	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15
119	Сибірська виразка	20
120	Коклюш	3
121	Скарлатина	4
122	Вітряна віспа	4
123	Кір	4
124	Краснуха	4
125	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4
126	Туберкульоз	40

127	Вірусні гепатити A, E	15
128	Вірусні гепатити B, C, D	25
129	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40
130	Гострий поліомієліт	25
131	Енцефаліт, енцефаломієліт, енцефалопатія	40
132	Менінгіт	25
133	Лептоспіроз	20
134	Токсоплазмоз	20
135	Лейшманіоз	20
136	Інфекційний монокулеоз	40
137	Малярія	15
138	Сепсис	30