

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«МЕДИЧНИЙ ЗАХИСТ»
(Клас страхування 2)
(Редакція 1.0)

Київ – 2025 р.

ЗМІСТ

1.	ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2.	ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ	5
3.	ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
4.	УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ.....	11
5.	ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	14
6.	ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ.....	20
7.	ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	23
8.	ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ 24	
9.	ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	25
10.	ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	28
11.	ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	29
12.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	36
13.	КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	36

1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1 Загальні умови страхового продукту «**Медичний захист**» розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» із змінами та доповненнями (далі – Закон України «Про страхування», Закон), нормативно-правових актів Національного банку України (далі – Регулятор), Положення про внутрішню політику з андеррайтингу Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «Євроінс Україна» та Політику з розроблення та впровадження страхових продуктів в Приватному акціонерному товаристві «Страхова компанія «Євроінс Україна».

1.2 Страховик розміщує та зберігає на своєму веб-сайті у відкритому доступі всі редакції цих ЗУСП із зазначенням строку їх дії упродовж терміну, визначеного законодавством.

1.3 Загальні умови страхового продукту «**Медичне страхування колективу**» є пропозицією (Офертою) укласти договір медичного страхування на умовах страхового продукту «Медичний захист» (далі ЗУСП), яка задовольняє потреби та інтереси споживачів в отриманні страхової послуги, та одночасно має силу договору. При чому, договір є **публічним**, тобто, згідно ст.633 Цивільного кодексу України, його умови є однаковими для всіх споживачів. Крім цього, договір є **договором приєднання**, а відповідно до ст.634 Цивільного кодексу України умови договору є стандартними і споживач може лише приєднатися до договору в цілому та не може запропонувати свої умови договору. ЗУСП підписується Страховиком, використовуючи аналог власноручного підпису уповноваженої особи Страховика та факсимільного відтворення печатки, відповідно до умов Договору про порядок підписання правочинів.

1.4 Страховик, в особі Голови Правління Яковенка Андрія Валерійовича та заступника Голови Правління Ніколова Янко Георгієва, які спільно діють на підставі Статуту, з однієї сторони, керуючись ст.ст.207, 633, 634, 641 та 642 Цивільного кодексу України, пропонує фізичній особі з повною цивільною правоздатністю та дієздатністю (далі – Страхувальник) (далі – Сторони) укласти Договір медичного страхування, з усіма невід'ємними його частинами у вигляді додатків (далі разом – Договір або Договір страхування) на нижчевикладених умовах:

1.4.1. У відповідності до ст. 638, 642 Цивільного кодексу України, укладеним вважається Договір, якщо Сторони досягли згоди з усіх істотних умов Договору. Договір укладається шляхом пропозиції однієї Сторони укласти Договір і повним та безумовним прийняттям пропозиції (акцептом) другою Стороною. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили клієнт набуває статусу Страхувальника.

1.4.2. Договір укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину. Договір може бути укладений як у формі електронного, так і у формі паперового документу на умовах, визначених в Розділі 3 цих ЗУСП. **Договір страхування складається з двох частин:**

- 1) першою частиною є Індивідуальна частина договору страхування (Акцепт) (далі- Індивідуальна частина або Акцепт), що, у разі укладання Договору у формі паперового документу, укладається в двох примірниках, що мають однакову юридичну силу;
- 2) другою частиною є ці ЗУСП, що виступають Офертою.

1.5 Страхування здійснюється відповідно до Закону України «Про страхування», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», Загальних умов страхового продукту «**Медичний захист**», затверджених протоколом Правління ПрАТ «СК «Євроінс Україна» від 22 січня 2017 року.



2025 року № 24, дата початку дії 25.01.2025 року (далі по тексту- ЗУСП), що розміщені на вебсайті Страховика за посиланням <https://euroins.com.ua/informaciya-dlya-kliyentiv#insurances> на підставі Ліцензії на діяльність із страхування за **Класом 2** «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування колективу)» (далі- Клас 2), що внесена НБУ до Державного реєстру фінансових установ 26.04.2024 року (номер витягу 27-0024/32805 від 26.04.2024 року), за ризиком в межах класу страхування «**медичне страхування**», відповідно до характеристик та класифікаційних ознак **Класу страхування 2** «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування).

1.6 **Адреса місцезнаходження Страховика: Україна, 03150, м. Київ, вул. Велика Васильківська, будинок 102; номер телефону +38 044 247 44 77, електронна пошта: euroins@euroins.com.ua.**

1.7 Від імені Страховика може діяти Страховий посередник, який діє на підставі та на умовах, визначених в договорі доручення, укладеному зі Страховиком. Страховий посередник виконує частину страхової діяльності та може укладати договори страхування, одержувати страхову премію та виконувати інші функції, передбачені чинним законодавством України.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

Основні терміни та визначення, використані в ЗУСП та Договорах страхування, якщо інше не передбачено Договором, застосовуються в наступному тлумаченні:

2.1. **Альтернативна консультація** – консультація, яка необхідна для отримання консультативного висновку іншого висококваліфікованого спеціаліста з приводу захворювання (яке не відноситься до списку виключень), за яким вже є встановлений діагноз і надані рекомендації, та лікування не було ефективним при умові виконання Застрахованою особою всіх призначень лікаря.

2.2. **Аптека (Фармацевтичний медичний заклад)** – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, санітарно-профілактичних, лікувально-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, санаторно-курортних, науково-медичних та інших закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами і виробами медичного призначення, що необхідні для надання медичної допомоги.

2.3. **Асистуюча компанія** – юридична особа або фізична особа-підприємець, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика, та забезпечує координацію дій Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених договором страхування, а також яка організовує, контролює та забезпечує оплату вартості надання таких послуг та виконує інші дії відповідно до укладених із Страховиком договорів.

2.4. **Декларація про стан здоров'я** – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором страхування та/або цими ЗУСП.

2.5. **Діагноз** — медичний висновок про патологічний стан здоров'я обстежуваного, про наявне захворювання (травму) чи про причину смерті, виражений у термінах, передбачених міжнародною класифікацією хвороб та причин смерті (МКХ-10). У діагнозі послідовно вказуються: на першому місці — основне захворювання, на другому — ускладнення основного захворювання, на третьому — супутні хвороби.

Стадії діагнозу:

2.5.1. Попередній діагноз - ставиться при первинному обстеженні хворого, коли достовірність розпізнавання основного захворювання ще сумнівна, головним чином, через нестачу відомостей про нього, хоча в ряді випадків він може бути і цілком обґрунтованим.

2.5.2. Основний (клінічний) діагноз - обґрунтовується і затверджується на підставі спостереження та обстеження, докладного спеціального обстеження хворого, як клінічного, так і лабораторного та інструментального при необхідності, аналізу та синтезу багатьох симптомів хвороби, а також проведеного диференціального діагнозу.

2.5.3. Остаточний діагноз - ставиться на підставі повторних клінічних обстежень і лікування хворого, при завершенні обстеження хворого або у зв'язку з його вибуттям.

2.6. **Ексцедент збитковості за Договором** - істотна умова Договору, за якою, при досягненні/не досягненні максимального пріоритету ексцеденту збитковості, основні умови договору підлягають обов'язковому перегляду та узгодженню між Страховиком та Страхувальником шляхом підписання додаткової угоди до договору.

2.6.1. **Пріоритет ексцеденту збитковості** - максимальна межа відношення загальної суми заявлених збитків та виплачених страхових виплат застрахованим особам по відношенню до загальної суми отриманих страхових премій за всіх застрахованих осіб. Пріоритет збитковості встановлений на рівні 0,73 (якщо інше не обумовлено Індивідуальною частиною Договору).

2.7. **Застрахована особа** - фізична особа, визначена страхувальником у договорі страхування, життя, здоров'я та працездатності якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Договором страхування може бути обумовлені обмеження за віком Застрахованих осіб. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав Договір про страхування власного здоров'я та працездатності, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.8. **Заклад охорони здоров'я** – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

2.9. **Захворювання (хвороба)** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами.

2.9.1. **Основне захворювання** – основним вважається те захворювання (травма), яке саме по собі або через свої ускладнення стало приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації. В якості основного захворювання повинна фігурувати тільки певна нозологічна одиниця.

2.9.2. **Супутнє захворювання** – нозологічна форма (одиниця), етіологічно і патогенетично не пов'язана з основним захворюванням і його ускладненнями, не зробила на їх розвиток несприятливого впливу і не сприяла настанню смерті. Супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень.

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

2.9.4. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

2.9.5. **Хронічне захворювання** – захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії

2.9.5.1. **Загострення хронічного захворювання** – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

2.9.5.2. **Хронічне захворювання поза стадією загострення** – період перебігу хронічного захворювання Застрахованої особи, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованої особи порівняно з стадією загострення.

2.10. **Здоров'я** – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад.

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

2.11. **Зміна ступеню страхового ризику** – зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі страхування, заяві на страхування або будь-якому іншому документі, який подавався Страховику, зокрема, але не обмежуючись: умови праці Застрахованої особи, спосіб життя, отримання травм/перенесення захворювань, про які не було належним чином повідомлено при укладенні Договору страхування, встановлення групи інвалідності, тощо.

2.12. **Індивідуальна картка Застрахованої особи (далі- Картка)** – іменний документ, виготовлений у формі картки з пластику або інших матеріалів/електронна картка, котрий видається Застрахованій особі після укладання Договору страхування. Картка містить в собі інформаційний характер щодо укладеного Договору страхування (номер картки, строк дії, контактні номери телефонів за якими необхідно звертатись за медичною допомогою, тощо). Картка може носити обліковий характер та не підлягати випуску, якщо це обумовлено Договором.

2.13. **Лікувально-профілактичний заклад** (далі - ЛПЗ, Медичний заклад) – заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації, що мають відповідну ліцензію на надання медико-санітарної допомоги або послуг медичного характеру, з якими у Асистуючій компанії Страховика укладені договірні відносини щодо надання медичних та/або профілактично-оздоровчих послуг Застрахованій особі, враховуючи медичні та немедичні установи основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації.

2.13.1. **Клас ЛПЗ** - цифрове значення, що присвоюється кожному ЛПЗ в залежності від вартості послуг.

2.13.2. **Базові ЛПЗ** – медичні заклади, які Сторони договору (Страховик та Страхувальник) визначили пріоритетними при організації послуг Асистансом або при самостійному зверненні. Базові заклади можуть зазначатись як по окремій Опції так і загалом за Програмою страхування.

2.13.3. **Розрахункові ЛПЗ** – медичні заклади, за вартістю послуг в яких, відбувається страхова виплата Застрахованим особам, які отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком ЛПЗ Страховика/Асистансу. Розрахункові ЛПЗ можуть бути зафіксовані в Програмі страхування, або обираються Страховиком на власний розсуд з переліку ЛПЗ, передбачених Програмою страхування. Якщо вартість послуг більше за вартість послуг розрахункових ЛПЗ, компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється в розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічних послуг по класу базових ЛПЗ, передбачених Програмою страхування.

2.14. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної договором страхування.

Під «шкодою життю та здоров'ю» слід розуміти: травми голови, шиї, грудної клітки, живота, нижньої частини спини, поперекового відділу хребта та тазу, плеча та плечового поясу, ліктя та передпліччя, зап'ястя та кисті, ділянки тазостегнового суглоба та стегна, коліна та гомілки, гомілковостопного суглоба та стопи; забиття; переломи або вивихи кісток; розрив органів (частковий або повний); наслідки попадання стороннього тіла через природний отвір (в зовнішню частину ока, в вухо; в органи дихання, травлення; органи сечостатевої системи); опіки термічні та хімічні; відмороження; теплові удари; переохолодження організму; утоплення; асфіксія (удушення); ураження електричним струмом, блискавкою та іонізуючим випромінюванням; випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (побутовими або промисловими) та їх складовими, ліками, отруйними грибами, рослинами, отрутами комах і змій внаслідок їхніх укусів, недоброякісними харчовими продуктами (тільки ті, що відносяться до інших бактеріальних харчових отруєнь згідно останнього перегляду МКХ); травми, отримані внаслідок аварій, пожеж, стихійного лиха (землетруси, зсуви, повені, урагани та інші надзвичайні події); травми отримані під час або після контакту з тваринами (у т.ч. птахами, плазунами, комахами тощо) та рослинами (у т.ч. грибами, водоростями тощо); захворювання на сказ, правець; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), гострим паралітичним поліомієлітом, асоційованим з вакциною, ботулізмом.

2.15. **Нозологія** – вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

- 2.16. **Пакет послуг**- набір умов страхування, що визначає обсяги й умови надання медичної допомоги (послуги) Застрахованій особі за Договором страхування (надалі – Програма страхування).
- 2.17. **Період страхування** - часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування в межах загального строку дії Договору.
- 2.18. **Провідний фахівець (клініки, лікарні, амбулаторії)** - це лікар високої кваліфікації, що зазвичай має, але, не обмежуючись цим, науковий ступінь (професор, доктор (кандидат) наук тощо) та/або обіймає посаду провідного (головного) фахівця, експерта напрямку тощо та вартість консультації якого вища ніж у звичайних лікарів відповідного фаху у даному медичному закладі.
- 2.19. **Страхова виплата/ страхове відшкодування** – грошова сума, яка виплачується Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.
- 2.19.1. **Сплачені страхові виплати (Paid losses)** – вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені Страховиком, згідно умов Договору страхування.
- 2.19.2. **Заявлені, але не сплачені страхові виплати/резерв страхових виплат (RBNS – reported but not settled losses/claims reserve)** – оцінка обсягу зобов'язань Страховика (вартість послуг) для здійснення страхових виплат за відомими вимогами Страхувальників / Застрахованих осіб, які не оплачені або оплачені не в повному обсязі на звітну дату та які виникли в зв'язку зі страховими подіями, що мали місце в звітному або попередніх періодах, та про факт настання яких Страховика повідомлено відповідно до вимог законодавства України та / або умов Договору страхування.
- 2.20. **Страхувальник** – особа, яка уклала із Страховиком договір страхування. За умовами цих ЗУСП страхувальником є юридична особа або дієздатна фізична особа.
- 2.21. **Страховий інтерес** – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.
- 2.22. **Таємниця страхування** - сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику (перестраховику) або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням договору страхування (перестраховання) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги;

Договір страхування може містити інші терміни, не вказані в цих ЗУСП або може містити зазначені терміни в іншій інтерпретації, уточнені та/або деталізовані, що визначається за домовленістю сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

Терміни та визначення, не обумовлені цими ЗУСП та Договором страхування вживаються у значенні, визначеними відповідно до чинного законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну або визначення не обумовлено цими ЗУСП та/або Договором страхування та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін або визначення використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Договір страхування укладається українською мовою виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у електронній формі (за виключенням підписання договору страхування з фізичними особами електронним підписом одноразовим ідентифікатором) або у паперовій формі.

3.2. Перед укладенням договору страхування Клієнт зобов'язаний для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування, та/або про розмір страхової премії за договором страхування:

3.2.1. Надати відомості про Страхувальника та об'єкт страхування в тому числі інформацію, необхідну для його ідентифікації та верифікації. Інформація може бути надана особисто або через заповнення Заяви на укладання Договору страхування:

– Прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України (або іншого документа, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаний на території України для укладення правочинів), дату видачі та орган, що його видав, відомості про місце проживання або місце перебування, реєстраційний номер облікової картки платника податків, номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України, в якому проставлено відмітку про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, чи номер паспорта із записом про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків в електронному безконтактному носії, унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності);

– Інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;

3.2.2. Обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

– Чи є застрахована особа особою, яка визнана в установленому порядку недієздатною;

– Чи є застрахована особа особою, яка є військовослужбовцем Збройних Сил України, працівником та/або службовцем Національної Гвардії України, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції України, сил територіальної оборони Збройних Сил України, інших воєнізованих утворень, служб, підрозділів, формувань незалежно від форми та способу їх утворення.

3.2.3. Інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування.

3.3. Договір страхування укладається шляхом приєднання.

3.3.1. Публічна частина договору є пропозицією Страховика укласти договір страхування. У випадку прийняття клієнтом пропозиції в порядку, визначеному ЗУСП, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами оферти.

3.3.2. Прийняття Страхувальником оферти здійснюється в цілому, Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови договору страхування.

3.3.3. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з пропозицією Страховика, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента.

3.3.4. Укладання договору здійснюється в ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання Договорів страхування відповідно до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції або в паперовій формі.

3.3.5. Страховик, на підставі наданої Клієнтом інформації, формує Індивідуальну частину договору страхування (Акцепт), та надає її Клієнту для ознайомлення. Індивідуальна частина містить посилання на цей ЗУСП. Таким чином, Страховик ознайомлює Клієнта з усіма умовами Договору страхування.

3.3.6. В якості підпису Сторін використовується кваліфікований електронний підпис / електронний підпис / власноручний підпис.

3.3.7. Клієнт ознайомлюється з умовами Договору страхування, перевіряє всю викладену в Індивідуальній частині інформацію та підписує її кваліфікованим електронним підписом / електронним підписом / власноручним підписом, що відповідно до статей 207, 638, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», є безумовним прийняттям умов даної Оферти.

3.3.8. Моментом підписання є використання:

- електронного підпису або кваліфікованого електронного підпису відповідно до Законів України «Про довірчі послуги», «Про електронну комерцію»;
- власноручного підпису.

3.3.9. Для договору страхування, укладеного в електронній формі, дата та час укладання договору – 6

це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП уповноваженої Страховиком/страховим посередником особи.

3.3.10. Укладений договір страхування в електронній формі Страховик/страховий посередник одразу надсилає на електронну пошту Страхувальника, надану Страхувальником при укладанні цього договору. Укладений договір страхування є одночасно підтвердженням вчинення електронного правочину розумінні Закону України «Про електронну комерцію».

3.3.11. На вимогу Страхувальника Страховик повторно надсилає підписаний договір страхування, що укладений у електронній формі, на електронну адресу, надану Страхувальником при укладанні цього договору, або зазначену у такій вимозі.

3.3.12. Якщо договір страхування укладений у електронній формі, Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).

3.3.13. Якщо договір страхування укладається у паперовій формі, Індивідуальна частина підписується Сторонами у двох ідентичних примірниках, по одному для кожної із Сторін.

3.4. Підписанням Індивідуальної частини відповідно до умов, передбачених цією Офертою, Страхувальник:

3.4.1. Приймає (акцептує) цю Оферту;

3.4.2. Підтверджує своє ознайомлення та повну, безумовну і остаточну згоду з усіма умовами Оферти, а також своє вільне волевиявлення стосовно її прийняття;

3.4.3. Підтверджує та визнає, що до укладання Договору на виконання вимог законодавства України Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився:

1) зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частинами 1-5 статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії»;

2) з інформацією, що передбачена статтями 85-88 Закону України «Про страхування». Зазначена інформація є доступною на вебсторінці Страховика <https://euroins.com.ua/> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

3) перед укладенням договору страхування, з доступною та вичерпною інформацією про ЗУСП, про Страховика та страхового посередника, якщо договір страхування укладається через страхового посередника, відповідно Страхувальником прийнято свідоме рішення про укладення цього договору страхування.

3.4.4. підтверджує, що вся вищезазначена інформація та всі умови Договору є зрозумілими, не містить двозначних формулювань; укладання Договору не нав'язане йому іншою особою; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору;

3.4.5. на виконання вимог Закону України "Про захист персональних даних" добровільно надає свою безумовну та безвідкличну згоду:

1) на обробку Страховиком його персональних даних (будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника та об'єкту страхування в тому числі прізвища, імені, імені по батькові, року, місяця дати та місця народження, адреси, сімейного, соціального, майнового становища, освіти, професії, доходів, тощо) з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), а також в інших маркетингових цілях, включаючи пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним засобами зв'язку;

2) на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

3) на здійснення Страховиком дій з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією,

накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страховальника;

4) зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

5) реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України;

6) надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика, передача персональних даних Страховальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страховальника.

3.4.6. на виконання вимог Закону України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, та фінансуванню тероризму” надає документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страховальника та негайно інформує Страховика про настання суттєвих змін в його даних/діяльності, а саме, але не виключно: про зміну прізвища, ім'я, по батькові, місця проживання/реєстрації, адреси для листування, банківських реквізитів та інших документів, на підставі яких укладався цей Договір.

3.5. Сторони погодилися, що страхове покриття за Договором страхування або будь-яке положення договору не підлягає виконанню, якщо надання такого покриття або такі положення порушують закони, правові акти або постанови уряду про економічні санкції, що прийняті, застосовуються або виконуються в даний момент Організацією Об'єднаних Націй та/або Європейським Союзом (надалі – Положення про санкції) або будь-яка дія, що вже виконана або планується до виконання щодо страхових виплат порушить Положення про санкції.

3.6. Після підписання Індивідуальної частини та оплати страхового платежу Страховальникові, за його вимогою, видається копія цієї Оферти, яка відповідно разом з Індивідуальною частиною складає укладений Договір. Ці документи, засвідчують право Страховальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

3.7. Індивідуальна частина містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування.

4. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

4.1. Умови страхового покриття за конкретною Індивідуальною частиною (перелік страхових випадків, об'єкт страхування, строк дії договору, розмір страхової суми та/або лімітів відповідальності, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії Договору страхування) визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування. Якщо Індивідуальною частиною не передбачено інше, діють умови, визначені нижче.

4.2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

4.2.1. Предметом договору страхування є передача Страховальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

4.2.2. Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

4.2.3. Вигодонабувач за Договором не призначений.

4.3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.3.1. Якщо Договором не обумовлено інше, Страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги під час дії Договору страхування та передбаченого умовами Договору, який пов'язаний з:

4.3.1.1. гострим захворюванням;

4.3.1.2. загостренням хронічного захворювання;

4.3.1.3. наслідком нещасного випадку.

4.3.2. Якщо Договором не обумовлено інше, страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу, з приводу настання подій, зазначених

у п. 4.3.1 ЗУСП, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату ЛПЗ або Застрахованій особі (шляхом відшкодування коштів) за отримання Застрахованою особою медичних чи інших послуг, передбачених Договором страхування.

4.3.3. У разі настання страхового випадку у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату шляхом:

4.3.3.1. оплати медичному закладу вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги (послуги);

4.3.3.2. оплати аптеці або іншому закладу охорони здоров'я вартості медикаментів, медичних матеріалів, які за призначенням лікаря (рецепт, вимога) та відповідно до умов Програми страхування були видані Застрахованій або її довірєній особі;

4.3.3.3. відшкодування Застрахованій особі коштів, витрачених нею на отримання медичної допомоги, медичних послуг, придбання медикаментів, медичних матеріалів, якщо це обумовлено Пакетом послуг (Програмою страхування).

4.3.4. Перелік медичних послуг або інших послуг, за надання яких Страховик здійснює страхову виплату, згідно з умовами Договору, зазначається у Програмі страхування Додатку 1 до Індивідуальної частини Договору.

4.3.5. Послуги, що не передбачені Договором та Опціями страхування, Застрахована особа сплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

4.3.6. У Опціях страхування можуть вказуватись окремі ліміти страхових сум для деяких видів медичних послуг щодо певної Застрахованої особи або групи Застрахованих осіб.

4.3.7. Перелік Опцій, які можуть бути включені до умов страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:

4.3.7.1. Загальні Опції:

а) Швидка та невідкладна медична допомога.

б) Стаціонарна допомога:

- Невідкладна;
- Планова.

в) Амбулаторно-поліклінічна допомога:

- В умовах поліклініки;
- Лабораторна діагностика;
- Фізіотерапевтичне лікування;
- Виклик лікаря додому/ в офіс;
- Денний стаціонар;
- Медикаментозне забезпечення.

4.3.7.2. Спеціальні Опції:

а) Стоматологічна допомога:

- Екстрена;
- Планова.

б) Діагностика та лікування захворювань, які передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ)

в) Розширене гінекологічне/урологічне обслуговування.

г) Дерматологія.

д) Імунологія, алергологія.

е) Критичні захворювання включаючи, але не обмежуючись:

- Діагностика та лікування доброякісних новоутворень;
- Діагностика та лікування злоякісних новоутворень;
- Діагностика та лікування туберкульозу;
- Діагностика та лікування цукрового діабету;
- Діагностика та лікування вірусних гепатитів.

g) спеціальне страхове покриття включаючи, але не обмежуючись:

- Діагностика та лікування окремих захворювань чи станів;
- Лекції та тренінги;
- Допомога при ПТСР;
- Ментальне здоров'я;
- Доктор online;
- Курс «Анти-стрес»;
- Медичний консьерж сервіс;
- Травми, отримані внаслідок військових дій;
- Дорсопатії;
- Діагностика та амбулаторне лікування covid-19;
- Діагностика та стаціонарне лікування covid-19;
- Експрес-аптечка;

4.3.7.3. Планові, профілактичні та колективні опції

- a) Вакцинація.
- b) Профілактика ГРЗ.
- c) Вітамінізація.
- d) Профілактичний огляд.
- e) Профілактично-оздоровчий масаж.
- f) Відвідування оздоровчих закладів.
- g) Вагітність та пологи включаючи, але не обмежуючись:
 - Дородовий патронаж;
 - Пологи;
 - Виплата по факту пологів.
- h) Планова педіатрія
 - Патронаж дитини віком до 1 року;
 - Планові профілактичні щеплення;
- i) Плановий візит лікаря в офіс.
- j) Офтальмологія.
- k) Офісна аптечка.
- l) Лікування захворювань, які віднесені до переліку виключень.

4.3.7.4. Інші Опції, які включають планові, профілактичні, та колективні медичні послуги та/або допомогу.

4.3.8. Страховик має право комбінувати та змінювати стилістичні формулювання різних Опцій в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.

4.3.9. Детальний опис Опцій страхування наводиться у Індивідуальній частині Договору.

4.3.10. За окремими Опціями страхування та послугами за Опцією, можуть бути встановлені індивідуальні ліміти страхових сум.

4.4. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ. ФРАНШИЗА

4.4.1. Страхова сума, страховий тариф, страхова премія і строк її сплати, франшиза вказані в Індивідуальній частині Договору.

4.4.2. Страхова сума встановлюється в національній валюті України. Конкретний розмір страхової суми встановлюється в Індивідуальній частині Договору.

4.4.3. Страховий платіж сплачується Страхувальником в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика.

4.4.4. Страхувальники-резиденти мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

4.4.5. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж не в повному обсязі, Страховик не несе відповідальності за Договором страхування до дати повної сплати страхового платежу згідно визначеного Договором порядку та умов сплати, якщо інше не обумовлено умовами Договору.

4.5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ, ПЕРІОД (ПЕРІОДИ) СТРАХУВАННЯ, ТЕРИТОРІЯ ДІЇ СТРАХУВАННЯ

4.5.1. Строк дії Договору страхування, порядок набуття ним чинності та періоди страхування визначаються за згодою Сторін та зазначаються у Індивідуальній частині Договору. Якщо інше не передбачене Договором страхування, Договір страхування набуває чинності в повному обсязі з дати, зазначеної в Індивідуальній частині, як дата початку Строку дії Договору, але не раніше ніж з 00 год. 00 хв. дня наступного за датою зарахування на поточний рахунок Страховика страхового платежу (першої частини страхового платежу) у повному обсязі. Договір діє до дати, зазначеної в Індивідуальній частині, як дата закінчення Строку дії Договору або, у випадку сплати страхового платежу частинами, - до кінцевої дати періоду, за який здійснено оплату страхового платежу.

4.5.2. Територією дії Договору є **територія України** (за винятком тимчасово окупованих територій, що визначені нормативно-правовими актами України, в тому числі у розумінні закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України»; територій, на яких ведуться (велися) бойові дії (в межах тривалості бойових дій); територій, в межах яких на момент настання події, що має ознаки страхового випадку, знаходяться населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження або розташовані на лінії зіткнення, відповідно до Розпорядження Кабінету Міністрів України від 07.11.2014 № 1085; територій, що відповідно до законодавства України перебувають в оточенні, блокуванні.

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

5.1. Наведені у цих ЗУСП права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи є не є вичерпними. Індивідуальною частиною Договору страхування можуть бути передбачені додаткові (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які не суперечать чинному законодавству України.

5.2. **Страхувальник має право:**

5.2.1. Ознайомитись з умовами Договору та ЗУСП.

5.2.2. Ініціювати внесення змін та/або доповнень до Договору .

5.2.3. Достроково припинити дію Договору.

5.2.4. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством України, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

5.2.5. Отримати примірник Індивідуальної частини Договору (у випадку підписання в паперовій формі).

5.2.6. **Протягом 30 календарних днів з дня укладання Договору страхування відмовитися від Договору без пояснення причин, на умовах Розділу 7 цих ЗУСП.**

Перевіряти виконання Страховиком додержання умов Договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею.

5.2.7. Контролювати обсяг та якість медичних послуг, що надаються Застрахованій особі медичними закладами згідно з умовами, передбаченими Договором страхування. У разі наявності

відомостей про ненадання або неякісне надання Застрахованій особі медичних послуг негайно письмово повідомити про це Страховику.

5.2.8. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі.

5.2.9. Змінити Застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування (заміна Застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика).

5.3. **Страховик має право:**

5.3.1. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку.

5.3.2. Відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір відповідно до умов цього Договору, Програми страхування, та норм чинного законодавства України.

5.3.3. Вносити зміни до умов цього Договору за домовленістю зі Страхувальником.

5.3.4. Достроково припинити дію цього Договору відповідно до умов цього Договору та чинного законодавства України.

5.3.5. Отримувати від медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів відомості про Застрахованих осіб за цим Договором, в тому числі і ті, що складають лікарську таємницю відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

5.3.6. Рекомендувати вибір лікувального закладу при зверненні Застрахованих осіб, відповідно до умов Договору та профілю захворювання.

5.3.7. Контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародних протоколів лікування.

5.3.8. Достроково припинити дію Договору страхування, в т.ч. відносно Страхувальника або окремо Застрахованої особи, згідно з умовами Договору.

5.3.9. Отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-яку додаткову інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, для визначення оцінки ступеню страхового ризику.

5.3.10. У разі збільшення ступеню страхового ризику, до настання страхового випадку, вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування і сплати додаткового страхового платежу. У разі непогодження Страхувальником перегляду умов Договору страхування, Договір страхування припиняє свою дію за ініціативою Страховика.

5.3.11. Переглянути страховий платіж та внести зміни до Договору, у разі досягнення показника пріоритету ексцеденту збитковості на умовах нижче:

5.3.11.1. Щоквартально (кожні три місяці, відповідно до визначених періодів страхування), протягом п'яти календарних днів кварталу, наступного за звітним, формувати Звіт про рівень ексцеденту збитковості (далі-Звіт), що розрахований за усіма договорами медичного страхування з однаковим кодом клієнта (групою клієнтів). Графік формування рівня ексцеденту збитковості може бути зазначено в Індивідуальній частині Договору.

5.3.11.2. Звіт та лист- звернення про необхідність перегляду платежу, уповноважена особа Страховика надсилає на електронну адресу відповідальної особи Страхувальника. Звіт повинен містити відомості щодо заробленої премії, суми здійснених за Договором страхових виплат та резервів витрат на послуги, що були прогарантовані за звітний період як в цілому за Договором так і по відношенню до кожної Застрахованої особи.

5.3.11.3. Розмір суми доплати розраховується Страховиком та надається на розгляд Страхувальника разом з наданням Звіту та рахунком від Страховика.

5.3.11.4. Страховий платіж за договором переглядається та збільшується за формулою:

$СП_{\text{дод}} = W/P_{\text{ех.}} - СП_{\text{ф}}$, де

СП_{дод} - обов'язковий до сплати Страхувальником Страховику додатковий страховий платіж;

W - фактичні та Заявлені але не сплачені страхові виплати;

Рех. – рівень пріоритету ексцеденту збитковості*;

СПф - фактично сплачений страховий платіж за договором на дату звіту. При розрахунку сума СПдод округляється до 2-ох знаків після коми.

*** Пріоритет ексцеденту збитковості** - максимальна межа відношення загальної суми заявлених збитків та виплачених страхових виплат застрахованим особам (В) по відношенню до загальної суми сплаченої премії за всіх застрахованих осіб (ЗП Σ) за відповідним кодом клієнта. Пріоритет ексцеденту збитковості встановлений на рівні 0,73 (73%).

5.3.11.5. Доплата сплачується Страхувальником одноразово в повному об'ємі, в тому числі при наявності розбивки страхового платежу за Договором, протягом 3-х банківських днів з дати отримання рахунку від Страховика. Рахунок надсилається Страховиком на електронну адресу відповідальної особи Страхувальника та вважається отриманим Страхувальником з дати відправки такого листа.

5.3.12. У разі перевищення рівня пріоритету ексцеденту збитковості, на період прийняття рішення Страхувальником про сплату додаткового страхового платежу, припинити обслуговування за Опціями, зазначеними в Розділах Частини 1 Програми страхування «СПЕЦІАЛЬНІ ОПЦІЇ» та «ПЛАНОВІ, ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА КОЛЕКТИВНІ ОПЦІЇ» та плановою медичною допомогою.

5.3.13. Встановити пропорційну періоду дії Договору (Програми страхування) відповідальність за Опціями Програми страхування, якщо за такими Опціями встановлено корпоративні ліміти або послуги за Опцією мають профілактичний характер. Про такі обмеження має бути зазначено в Індивідуальній частині Договору.

5.3.14. Припинити дію Договору в односторонньому порядку у разі, якщо Сторонами не досягнуто домовленостей протягом 5 (п'яти) календарних днів з моменту отримання електронного листа-звернення на електронну адресу відповідальної особи Страхувальника від Страховика, про необхідність перегляду страхового платежу чи застосування обмежень страхового покриття за Договором. Розрахунок суми до повернення здійснюється на умовах підпункту 6.10.4.

5.3.15. Припинити дію Договору в односторонньому порядку у разі не підписання Додаткової угоди про зміну страхового платежу протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати її направлення Страховиком на електронну адресу відповідальної особи Страхувальника, чи несплати додаткового страхового платежу у визначені Додатковою угодою строки.

5.3.16. В односторонньому порядку вносити зміни в публічну частину договору (з урахуванням обмежень, визначених законодавством) шляхом викладення нової редакції ЗУСП на вебсайті Страховика <https://www.euroins.com.ua/>. Викладення нової редакції ЗУСП на вебсайті Страховика вважається належним повідомленням Страхувальника про внесення змін в Договір. Якщо Страхувальник не згоден із змінами умов Договору, він має право достроково припинити його дію, повідомивши про це Страховика протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати публікації таких змін. В такому випадку Страховик повертає Страхувальнику невикористану частину страхової премії, розраховану згідно з умовами Договору. Якщо від Страхувальника протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати викладення нової редакції ЗУСП не надійшло повідомлення про дострокове припинення дії договору страхування, Страхувальник вважається таким, що повністю прийняв ЗУСП, викладені в новій редакції. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність/відсутність змін умов Договору на офіційному вебсайті Страховика в мережі Інтернет.

5.3.17. У разі особливо складних обставин страхового випадку (необхідність отримання додаткової інформації, перевірки обставин події та/або документів, втрата Страхувальником дієздатності, або інше), відстрочити прийняття рішення щодо страхової виплати або відмови у страховій виплаті на строк до 6 (шести) місяців з дати подання Страхувальником всіх належним

чином оформлених документів для страхової виплати. Про прийняття такого рішення Страховик повідомляє Страхувальника/Вигодонабувача впродовж 10 (десяти) робочих днів з дати подання Страхувальником останнього документу, в письмовій формі з обґрунтуванням причин.

5.3.18. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, визначених Договором страхування.

5.3.19. При наявності сумнівів щодо підстав для здійснення страхової виплати, відстрочити таку виплату до отримання підтвердження цих підстав на термін, що не перевищує 3 (трьох) місяців.

5.3.20. Достроково припинити дію Договору страхування щодо Застрахованої особи у випадку порушення Застрахованою особою Правил внутрішнього розпорядку медичного закладу, невиконання призначення лікаря і приписаного режиму, про що Страховик в письмовій формі сповіщає Страхувальника.

5.3.21. Якщо при укладенні Договору страхування Страховику не було повідомлено про наявність обставин, зазначених у пункті 11.6 цих ЗУСП, він має право достроково розірвати такий Договір щодо такої Застрахованої особи, при цьому сплачені Страхувальником страхові платежі щодо такої Застрахованої особи Страховиком не повертаються.

5.3.22. Включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Список лікувально-профілактичних закладів (База ЛПЗ/ ЛПЗ) Страховика, як окремо за Програмою страхування, так і по Договору в цілому.

5.3.23. Виключати зі Списку лікувально-профілактичних закладів Страховика лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору, укладеного між Страховиком та лікувально-профілактичним закладом.

Актуальна База ЛПЗ є загальнодоступною на сайті Страховика, за посиланням: <https://www.euroins.com.ua/medichne-strahuvannya-strahovij-vipadok>

5.3.24. Вносити зміни у перелік Медичних закладів, якщо Договором страхування передбачено розміщення Страховиком актуального переліку Медичних закладів, що здійснюють обслуговування Застрахованих осіб за Договором страхування, на веб-сайті Страховика за вказаним в Договорі гіперпосиланням та відображати їх на веб-сайті за гіперпосиланням, вказаним в Договорі страхування, що не є зміною умов Договору і не потребує укладення додаткової угоди.

5.3.25. Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування без пояснення причин.

5.4. **Застрахована особа (її законний представник) має право:**

5.4.1. Ознайомитись з умовами Договору (ЗУСП).

5.4.2. Одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором.

5.4.3. У разі настання страхового випадку, отримати медичну допомогу, медичні послуги, медикаменти, медичні матеріали та інші послуги, що надаються у зв'язку із розладом її здоров'я в медичних закладах, визначених Програмою страхування, та відповідно до умов Договору.

5.4.4. Обирати лікувальний заклад, зручний для відвідування з урахуванням профілю захворювання.

5.4.5. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичної допомоги Застрахованій особі;

5.4.6. Оскаржити в порядку, встановленому чинним законодавством, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті.

5.5. **Страхувальник зобов'язаний:**

5.5.1. При укладанні Договору надати Страховику правдиву (достовірну) інформацію про стан здоров'я Застрахованої (-их) особи (осіб), та про всі інші відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

5.5.2. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування.

5.5.3. Протягом строку дії договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що

впливають на розмір страхового платежу за Договором страхування. Такі повідомлення мають бути оформлені письмово протягом 3 (трьох) робочих днів з дати таких змін.

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

5.5.5. Повідомити Страховику про випадки відмови у наданні та випадки неповного або неякісного надання медичних послуг медичними закладами, з якими Страховик має відповідні договори.

5.5.6. Не розголошувати відомостей, що становлять комерційну таємницю Страховика та стали відомі Страхувальнику при укладанні Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством.

5.5.7. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування за об'єктом страхування відповідно до цих ЗУСП стосовно кожної Застрахованої особи.

5.5.8. В будь-який спосіб **повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір страхування** і, якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий Договір вважається укладеним на її користь. За наявності заперечень Застрахованої особи щодо укладення Договору страхування на її користь:

- Застрахована особа зобов'язана повідомити про це Страхувальника;

- Страхувальник зобов'язаний ініціювати припинення дії Договору щодо цієї Застрахованої особи.

5.5.9. На виконання вимог Закону України “Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення” надавати документи, необхідні для здійснення ідентифікації та верифікації Страхувальника, та інформувати Страховика про настання суттєвих змін в його діяльності та інформації про нього, а саме, але не виключно: про зміну місцезнаходження/найменування, адреси для листування, банківських реквізитів, відомостей, які містяться в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, та інших документів, на підставі яких укладався цей Договір, змін у структурі власності та кінцевих бенефіціарних власників (контролерів) не пізніше 5 -ти (п'яти) робочих днів, після того, як ці зміни сталися.

5.5.10. Надати інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших праводносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у Застрахованої особи. Договір укладається з особами, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

5.6. **Страховик зобов'язаний:**

5.6.1. Ознайомити Страхувальника з ЗУСП та умовами страхування.

5.6.2. Вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

5.6.3. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк.

5.6.4. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування.

5.6.5. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

5.6.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника/Застраховану особу та його майновий стан, крім випадків, встановлених чинним законодавством України.

5.6.7. Повернути платіж у разі відмови Страхувальника від укладеного Договору протягом 5 (п'яти) банківських днів з дня подання заяви про відмову від Договору. У разі подання заяви про відмову від Договору, Договір вважається не укладеним, у Сторін не виникають прав та обов'язків, передбачених цими ЗУСП та Договором страхування.

5.7. **Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:**

5.7.1. Ознайомитися з умовами Договору, Програмою страхування та ЗУСП.

5.7.2. При укладенні Договору повідомляти за запитом Страховика про всі відомі їй обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо).

5.7.3. Виконувати умови цього Договору, приписи лікаря, отримані в ході надання медичної допомоги, додержуватися розпорядку, який встановлено медичним закладом.

5.7.4. Надавати Страховику необхідну документацію, пов'язану з виконанням умов цього Договору та надати Страховику право на отримання від медичного закладу всієї медичної інформації про стан здоров'я Застрахованої особи та/або обсяг отриманих нею медичних послуг.

5.7.5. Повідомити Страховику про випадки відмови у наданні та випадки неповного або неякісного надання медичних послуг медичними закладами, з якими Страховик має відповідні договори.

5.7.6. Відшкодувати розмір франшизи лікувально-профілактичному закладу одразу під час звернення, при отриманні медичної допомоги у лікувально-профілактичному закладі, де передбачена франшиза.

5.8. **Відповідальність Сторін**

5.8.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором страхування та законодавством України.

5.8.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені в розмірі 0,01 % від суми несвоєчасно виплаченої суми за кожний календарний день прострочення, але не більше ніж у розмірі подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який нараховується пеня.

5.8.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування при настанні обставин непереборної сили і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин.

5.8.4. Відповідним доказом виникнення та припинення дії обставин непереборної сили вважається офіційне підтвердження, надане уповноваженими компетентними органами держави, що повинно бути направлено Стороною, що знаходилась під впливом дії таких обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин непереборної сили, має право перенести строк виконання обов'язків за цим Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

5.8.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші розміри та умови застосування та розрахунку пені.

5.9. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

5.10. Всі спори та розбіжності, що виникли в ході виконання умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів та домовленостей.

5.11. З усіх питань, що не врегульовані Договором Сторони керуються чинним законодавством України.

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

- 6.1. Будь-які зміни та доповнення до Індивідуальної частини Договору, що не суперечать законодавству України, здійснюються за взаємною згодою Сторін шляхом укладання Додаткової угоди в письмовій формі, яка стає невід'ємною частиною Договору.
- 6.2. Про намір достроково припинити дію цього Договору відносно окремої Застрахованої особи (групи Застрахованих осіб чи групи Договорів за кодом клієнта), будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запланованої дати припинення дії Договору.
- 6.3. Зміни та доповнення в Індивідуальну частину Договору вносяться за згодою сторін шляхом укладання додаткового договору до Договору страхування, що є його невід'ємною частиною. При цьому всі розрахунки здійснюються окремо по кожному коду Клієнта.
- 6.4. Зміни та доповнення в публічну частину Договору (ЗУСП) вносяться Страховиком згідно з п. 5.3.16 цих ЗУСП;
- 6.5. Питання про внесення змін та/або доповнень до цього Договору має бути вирішено Сторонами протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання будь-якою Стороною письмової пропозиції про внесення змін та/або доповнень до цього Договору.
- 6.6. Відповідальність (страхове покриття) Страховика за цим Договором призупиняється при несплаті Страхувальником страхового платежу (чергової його частини) протягом 10 (десяти) робочих днів з передбаченої Індивідуальною частиною Договору кінцевої дати оплати страхового платежу (чергової його частини). Страховик не несе відповідальності за Страховими випадками за Договором у період призупинення страхової відповідальності.
- 6.7. Відповідальність Страховика (страхове покриття), в повному обсязі за Договором поновлюється при оплаті Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) протягом 10 (десяти) робочих днів з передбаченої Договором дати оплати страхового платежу (чергової частини страхового платежу).
- 6.8. Якщо страховий платіж (чергова частина страхового платежу) не був сплачений Страхувальником протягом 10 (десяти) робочих днів з передбаченої Договором кінцевої дати оплати страхового платежу (чергової частини страхового платежу) та не було досягнуто інших домовленостей зі Страховиком про поновлення його відповідальності, Страховик має право ініціювати дострокове припинення дії Договору відносно окремої Застрахованої про що Страховик повідомляє Страхувальника письмово протягом 5-ти робочих днів із дня прийняття відповідного рішення. При цьому, Договір вважається розірваним Страховиком в односторонньому порядку, у зв'язку з порушенням Страхувальником умов Договору з 00 год. 00 хв. дня, встановленого в Договорі як гранична дата, до якої необхідно сплатити страховий платіж (або відповідну частину страхового платежу), та не може бути поновлений. При цьому, для Сторін настають такі юридичні наслідки:
- 6.8.1. Якщо за період дії Договору не здійснювалися страхові виплати, або розмір страхових виплат не перевищив розмір сплаченого Страхувальником страхового платежу, Страховик може прийняти рішення про припинення дії Договору з дати, визначеної як дата сплати страхового платежу (чергової частини страхового платежу), зазначеної в Договорі та який не було сплачено.
- 6.8.2. Якщо за період дії Договору здійснювалися страхові виплати, тобто Страхувальник скористався послугами відповідної Програми страхування, не виконавши свого обов'язку по сплаті загального страхового платежу (частини страхового платежу) у повному розмірі, чим грубо порушив умови цього Договору, Страхувальник зобов'язаний сплатити загальний страховий платіж (чергову частину страхового платежу) в повному обсязі протягом наступних 10 (десяти) робочих днів від дати сплати зазначеної в Договорі, після чого Договір буде припинено та буде повернута невикористана частина страхового платежу, що залишилася до закінчення дії Договору, розрахована на умовах Договору.

- 6.9. Дія цього Договору може бути припинена за згодою Сторін в будь-який момент дії Договору, а також у разі:
- 6.9.1. Закінчення строку дії Договору.
 - 6.9.2. Несплати Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) у встановлений Договором строк, - у порядку, передбаченому Договором;
 - 6.9.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником в повному обсязі.
 - 6.9.4. Виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою (в цьому випадку дія Договору припиняється по відношенню до певної Застрахованої особи) в повному обсязі.
 - 6.9.5. Смерті Застрахованої особи (в цьому разі дія цього Договору припиняється по відношенню до певної Застрахованої особи).
 - 6.9.6. Ліквідації Страховика або ліквідації Страхувальника - юридичної особи у порядку, встановленому законодавством України або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 100 та 101 Закону України "Про страхування".
 - 6.9.7. Набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним.
 - 6.9.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 6.10. При достроковому припиненні цього Договору, в частині окремого коду Клієнта, розрахунки Сторін здійснюються наступним чином:
- 6.10.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Розрахунок страхового платежу до повернення зазначено в підпункті 6.11.5 Договору.
 - 6.10.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов цього Договору, останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж в повному обсязі.
 - 6.10.3. У разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається фактично сплачений страховий платіж в повному обсязі.
 - 6.10.4. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Розрахунок страхового платежу до повернення зазначено в підпункті 6.11.5 Договору.
- 6.11. Внесення змін до Списку Застрахованих осіб здійснюється у вигляді додавання/виключення Застрахованих осіб зі Списку Застрахованих осіб або зміни Програми страхування, про що Сторонами укладається додаткова угода до Індивідуальної частини Договору.
- 6.11.1. При додатковому страхуванні осіб, Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати надходження заяви від Страхувальника повинен приєднати до страхового покриття нових осіб шляхом укладання Індивідуальної частини Договору. Сума доплати страхового платежу на кожну (окрему) Застраховану особу (Σ доплати) розраховується за наступною формулою:

$$СП = СП_0 / 365 * k, \text{ де}$$

СП – страховий платіж за період, що залишився до кінця дії Договору по відношенню до особи, яка приймається на страхування;

СП₀ – річний страховий платіж за Програмою страхування;

365 – річний термін дії Договору (365 або 366), в днях;

k – кількість днів періоду дії Договору страхування щодо окремої Застрахованої особи.

При розрахунку платіж може округлятися до цілих цифр, або до значення, кратного кількості днів у календарному році (365 чи 366).

При цьому встановлені Індивідуальні грошові ліміти (в т.ч. ліміт на стоматологію, індивідуальний ліміт на виключення тощо), які передбачені Програмою страхування, встановлюються пропорційно кількості днів, що залишилися до кінця дії Договору страхування по відношенню до нової Застрахованої особи. Страхова сума залишається без змін, без перерахунку. При розрахунку ліміти округляються до цілих цифр.

6.11.2. У випадку розтермінування сплати страхового платежу при дострахованні Застрахованої особи розмір чергового платежу розраховується таким чином, щоб другий і наступні чергові платежі дорівнювали черговим платежам розрахованим по відповідній Програмі згідно Договору.

6.11.3. Якщо до закінчення строку дії Договору залишається менше 30 календарних днів, прийняття осіб на страхування не здійснюється.

Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дати початку Строку дії цього Договору приєднати родичів Застрахованої особи (працівника Страхувальника) 1-го ступеня споріднення (батьків, якщо така умова була узгоджена Сторонами, чоловіка, дружину, дітей) шляхом включення до Списку Застрахованих осіб на умовах цього Договору. При цьому кількість родичів не повинна перевищувати 20% від загальної кількості Застрахованих осіб згідно коду Клієнта.

6.11.4. Зміна Програми по відношенню до однієї Застрахованої особи здійснюється за згодою Страховика 1 раз протягом строку дії Договору, за умови якщо за діючою Програмою протягом дії Договору були відсутні страхові виплати (здійснені та заявлені), і при цьому зміна Програми:

– можлива виключно в бік її розширення тобто зміна лише на ті Програми, які передбачені цим Договором;

– можлива протягом перших 60 (шестидесяти) днів;

– здійснюється шляхом виключення Застрахованої особи зі страхового покриття за діючою Програмою та включення за новою Програмою, та супроводжується здійсненням розрахунків, передбачених п/п 6.11.1 та 6.11.5 Договору. В такому випадку розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування дорівнює нулю.

6.11.5. При виключенні зі Списку Застрахованої особи Страхувальник зобов'язаний письмово повідомити Страховика не пізніше ніж за 1 (один) робочий день до дати запланованого виключення особи. При цьому між Страхувальником та Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати надходження письмової заяви, здійснюються взаєморозрахунки та укладається відповідна Додаткова угода до Договору.

6.11.5.1. Якщо за Договором або щодо Застрахованої (-них) особи (-іб) на дату виключення мають місце заявлені, але не врегульовані страхові випадки, то проведення розрахунку невикористаного залишку страхового платежу здійснюється після надходження Страховику всіх рахунків від медичних закладів, в яких Застрахована особа отримала послуги згідно Договору. Перевірка наявності таких рахунків за надання послуг Застрахованій особі, виключеній із Списку Застрахованих осіб, здійснюється Страховиком протягом 2-х місяців, наступних за місяцем, у якому Застраховану особу було виключено.

6.11.5.2. У разі дострокового припинення дії Договору щодо всіх Застрахованих осіб або щодо окремої Застрахованої особи, розрахунок суми повернення частини страхового платежу здійснюється за наступною формулою:

$$P_{\text{поверн.}} = (P_{\text{спл}} - ((P_{\text{н}}/365) * T_{\text{ф}}) * (1 - H/100) - B, \text{ де}$$

$P_{\text{поверн.}}$ – частина страхового платежу, що належить до повернення Страхувальнику, грн.;

$P_{\text{спл}}$ – фактично сплачений страховий платіж за цим Договором в цілому або щодо окремої Застрахованої особи за період страхування, зазначений в Індивідуальній частині Договору, грн.;

$P_{\text{н}}$ – річний страховий платіж по Договору страхування або щодо окремої Застрахованої особи, грн.;

365 – річний термін дії Договору (365 або 366), в днях;

$T_{\text{ф}}$ – фактичний строк дії Договору в цілому або щодо окремої Застрахованої особи, в днях;

$$T_{\text{ф}} = D_x - D_0 + 1$$

Дх – дата дострокового припинення Договору в цілому або щодо окремої Застрахованої особи

Д0 – дата початку дії Договору в цілому або щодо окремої Застрахованої особи

Н – розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування;

В – сума страхових виплат (фактично здійснених та заявлених) за Договором в цілому або щодо окремої Застрахованої особи, грн.

6.11.5.3. Якщо в результаті розрахунків за наведеними формулами **Пповерн. менше 0 (нуля)**, та:

6.11.5.3.1. за Договором *передбачена сплата загального страхового платежу одноразово*, Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не сплачує за особу, яка виключається зі списку Застрахованих осіб.

6.11.5.3.2. за Договором *передбачена сплата страхового платежу частинами*, Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не сплачує за особу, яка виключається зі списку Застрахованих осіб.

6.11.5.4. Якщо у разі розрахунків за наведеними формулами **Пповерн. більше 0 (нуля)** повернення страхового платежу відбувається наступним чином (за згодою Сторін Договору, про що зазначається у відповідній Додатковій угоді):

6.11.5.4.1. якщо Договором *передбачена сплата загального страхового платежу одноразово*, Страховик:

- 1) повертає частину страхового платежу, що підлягає поверненню, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати підписання Додаткової угоди до Договору або
- 2) зараховує частину страхового платежу, що підлягає поверненню, в рахунок сплати майбутніх страхових платежів по цьому Договору, якщо дострокове припинення цього Договору здійснюється щодо окремих Застрахованих осіб.

6.11.5.4.2. якщо Договором *передбачена сплата загального страхового платежу частинами*, Страховик:

- 1) повертає страховий платіж, що підлягає поверненню, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати підписання Додаткової угоди до Договору або
- 2) зменшує наступний за графіком сплати страховий платіж на розраховану суму *Пповерн.*, якщо дострокове припинення цього Договору здійснюється щодо окремих Застрахованих осіб.

6.12. **Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування становить 27%** від страхового платежу, визначених при розрахунку страхового тарифу.

6.13. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання, у випадках, передбачених чинним законодавством України та цими ЗУСП.

6.14. Договір страхування визнається недійсним також у разі, якщо:

6.14.1. Його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку.

6.14.2. Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій.

6.14.3. У Страхувальника (Застрахованої особи) відсутній страховий інтерес.

6.15. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

7. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

7.1.1. Випадків, якщо Договір страхування укладається на строк менше 30 календарних днів.

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

7.2. Про намір відмовитись від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

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

7.4. У разі прийняття рішення Страховиком про повернення страхової премії повернення здійснюється впродовж 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування, з дня отримання Страховиком оригіналу заяви та примірника Договору, що належить Страхувальнику (у випадку укладання Договору в паперовій формі).

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

8.1. Індивідуальною частиною Договору страхування може бути передбачено інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку та терміни повідомлення.

8.2. Організація надання медичної допомоги Застрахованій особі проводиться Асистуючою компанією / Страховиком 24 години на добу. Медична допомога в умовах поліклініки державної/комунальної форми власності, організовується винятково у робочі дні, у день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи Лікувально-профілактичного закладу (надалі - ЛПЗ) або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

8.3. При настанні випадку, що має ознаки страхового (такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно умов цього Договору), Застрахована особа особисто або через уповноваженого представника, якщо претендує на визнання випадку страховим, повинна одразу (але не пізніше 48 годин з моменту звернення за випадком) звернутися до **Аси́стансу** одним з каналів зв'язку:

✓ За телефоном: 0 800 353 697

✓ Через застосунок Telegram - Uwell_bot

та повідомити черговому лікарю – координатору наступну інформацію:

- номер Електронної Індивідуальної картки;
- своє прізвище, ім'я та по батькові;
- причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям).

На підставі отриманої інформації черговий лікар-координатор Аси́стансу/Страховика приймає рішення щодо організації надання медичних послуг Застрахованій особі, яка отримує їх, керуючись вказівками лікаря-координатора.

8.4. Винятком по терміновості повідомлення вважаються лише форс-мажорні обставини, які не залежать від волі Застрахованої особи (непритомний стан, неможливість зв'язку з Аси́стансом тощо).

8.5. Лікар-координатор Аси́стансу інформує Застраховану особу щодо подальших дій та організовує медичне обслуговування в лікувально-профілактичних закладах та/або отримання послуг, що передбачені Програмою страхування.

8.6. Підбір лікувально-профілактичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора Аси́стансу та здійснюється із врахуванням побажань Застрахованої особи, Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. Лікувально-профілактичний заклад обирається із визначених у базі ЛПЗ Страховика.

8.7. У виключних випадках, за попереднім погодженням Аси́стансу/Страховика, Застрахована особа має право звернутися до ЛПЗ та/або Фармацевтичного (аптечного) закладу, що не мають договірних відносин з Асистуючою компанією/Страховиком, та самостійно оплатити вартість медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів.

8.8. Під час візиту до закладу охорони здоров'я Застрахована особа повинна пред'явити Індивідуальну картку Застрахованої особи та документ, що посвідчує особу. У разі відсутності Індивідуальної картки, підтвердження факту страхування може бути здійснене лише співробітниками

Асистансу. Відсутність Індивідуальної картки, може бути підставою для відмови у наданні медичної допомоги закладом охорони здоров'я.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

9.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної в Програмі страхування.

9.2. У разі настання страхового випадку у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання медико-санітарної допомоги Застрахованою особою та її вартість шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів:

9.2.1. опосередковано через Асистанс, закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування. У такому випадку заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу;

9.2.2. безпосередньо закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування. Страхова виплата здійснюється у порядку та в строки обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та таким закладом;

9.2.3. безпосередньо Застрахованій особі, документально підтверджених витрат у разі самостійної сплати вартості послуг та медикаментів, при умові дотримання вимог Розділу 8 ЗУСП.

9.3. Загальний розмір страхових виплат по одній Застрахованій особі не може перевищувати Страхову суму або Ліміти, встановлені цим Договором або Загальний корпоративний/агрегатний ліміт за Опцією/набором опцій, якщо такий ліміт передбачено Програмою.

9.4. За цим Договором медичні послуги надаються Застрахованим особам на базі закладів охорони здоров'я, відповідно до класу передбаченого Програмою страхування та з якими співпрацює Асистуюча компанія на дату настання страхового випадку.

9.5. В будь-якому разі Страховик не організовує послуги, не врегульовує та не оплачує випадки, які сталися за межами України.

9.6. Страхова виплата за придбання медикаментів (лікарських засобів), в т.ч. витратних матеріалів, за окремою нозологічною одиницею (конкретною хворобою) здійснюється Страховиком тільки в тій кількості, яка необхідна для проходження курсу лікування відповідного захворювання, за системою безкоштовних заявок Асистуючої компанії в договірних аптечних закладах.

9.7. У екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з Асистуючою компанією або Страховиком на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує невідкладного надання медичних послуг на умовах цього Договору, Застрахована особа має право самостійно оплатити отримані медичні послуги.

9.8. При цьому Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика або Асистуючу компанію про такий випадок самостійного розрахунку протягом 48 годин з моменту настання такого випадку. За таких обставин страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі в порядку, передбаченому цим Договором. Розмір такої виплати не може перевищувати вартість аналогічних медичних послуг в ЛПЗ, з якими співпрацює Асистуюча компанія, передбачених Програмою страхування з повним покриттям.

9.9. Страховик має право не оплачувати медичному закладу та/або Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих Застрахованій особі без належного підтвердження Асистуючої компанії або до моменту такого підтвердження, за виключенням випадків надання Застрахованій особі невідкладних медичних послуг в порядку та на підставах, передбачених п.9.7 цього Договору.

9.10. Для отримання страхової виплати, у випадку, передбаченому п. 9.7 цих ЗУСП, **Застрахована особа надає Страховику наступні документи:**

9.10.1. Письмову заяву на страхову виплату та пояснення обставин настання страхового випадку за формами Страховика (форми розміщено на сайті Страховика за посиланням <https://www.euroins.com.ua/medichne-strahuvannya-strahovij-vipadok>;

9.10.2. Медичну документацію:

- 1) У разі амбулаторно-поліклінічного лікування - підписаний лікарем та завірений печаткою закладу охорони здоров'я витяг з амбулаторної карти або консультативний висновок лікаря із зазначенням діагнозу, переліку та кількості медичних послуг (направлення на консультації/обстеження, копії результатів обстежень/досліджень, якщо такі проводились) та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися Застрахованою особою;
- 2) У разі стаціонарного лікування - підписана лікарем та завірена печаткою закладу охорони здоров'я виписка (епікриз) з історії хвороби; направлення (в тому числі електронне від сімейного лікаря, лікаря вторинної ланки медичної допомоги, лікаря приймального відділення, бригади швидкої медичної допомоги) на послугу госпіталізація;
- 3) У разі виклику швидкої (невідкладної) медичної допомоги – карта виїзду бригади швидкої допомоги;
- 4) У разі необхідності відшкодування коштів по факту пологів (якщо це передбачено умовами Програми страхування):
 - медичне свідоцтво про народження (Форма N 103/о) або свідоцтва про народження дитини;
 - виписки з пологового будинку про настання факту пологів при народженні мертвої дитини (Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть (Форма N 106-2/о).

9.10.3. Квитанції або фіскальні чеки та калькуляції (детальні кошториси робіт), що підтверджують видатки на лікувально-діагностичні медичні послуги;

9.10.4. Оригінали квитанцій, касових (фіскальних) чеків, що підтверджують витрати на придбання засобів медичного призначення (ліки, медичний інструментарій, тощо). Якщо у касовому чеку відсутні назви медикаментів – додатково надаються товарні чеки, які вміщують перелік медикаментів/ (належним чином завірені);

9.10.5. Документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (паспорт Застрахованої особи);

9.10.6. Довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі або копію сторінок паспорту, з відповідними відмітками, якщо Застрахована особа внаслідок релігійних переконань відмовилась від отримання ідентифікаційного коду;

9.10.7. Документ, що підтверджує неможливість звернення до Асистуючої компанії/Страховика в строки, визначені Договором (виписки, довідки компетентних органів або інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика);

9.10.8. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика, Страхувальник або особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язаний протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг.

9.10.9. Інші документи за вимогою Страховика.

9.11. Страховик при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі (у випадках, передбачених п.п. 9.7 ЗУСП):

9.11.1. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання від Застрахованої особи всіх необхідних документів, зазначених в п.п.9.10 ЗУСП, приймає рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

9.11.2. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі, здійснює страхову виплату в безготівковій формі (на поточний рахунок Застрахованої особи/представника) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (дати затвердження Страхового акту);

9.11.3. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, письмово повідомляє про це Застраховану особу протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

9.12. Розмір такої виплати не може перевищувати вартість аналогічних медичних послуг в лікувально-профілактичних закладах згідно діючого на дату звернення преїскуранту вартості послуг, передбачених Програмою страхування та з якими співпрацює Асистуюча компанія.

9.13. Належним чином оформлені документи, зазначені в п. 9.10 ЗУСП мають бути надані Страховику протягом **30 (тридцяти)** робочих днів з дня виписки з медичного закладу або закінчення амбулаторного лікування, якщо інше не буде окремо погоджено Сторонами.

9.14. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата здійснюється її спадкоємцю(-ям). При цьому, крім документів, передбачених п.9.10 Договору, спадкоємець(-і) повинен (-ні) пред'явити:

9.14.1. Копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

9.14.2. Копію лікарського свідоцтва про смерть;

9.14.3. Копію або нотаріально засвідчену копію Свідоцтва про право на спадщину (оригінал повинен бути наданий Страховику для огляду). В свідоцтві про право на спадщину обов'язкового зазначається сума страхової виплати, що була успадкована та ПІБ спадкоємця, а у разі наявності двох та більше спадкоємців – в свідоцтві має бути чітко зазначена сума або частка, що успадковується кожним із спадкоємців;

9.14.4. Інші документи на вимогу Страховика.

9.15. Належним чином оформлені документи, зазначені в п. 9.14 ЗУСП (Заява, та документи на отримання страхової виплати спадкоємцем (-ями)) повинні бути надані не пізніше 30 днів від дати видачі Свідоцтва про право на спадщину).

9.16. До належно оформлених документів не відносяться наступні документи без надання підтверджуючих оригіналів фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій тощо), якщо інші умови не визначено чинним законодавством:

- довідки, талони, накладні, консультативні висновки, акти виконаних робіт, рахунки-фактури;
- калькуляції витрат, товарні чеки аптечних установ;
- квитанції без номеру, без зазначення коду ЄДРПОУ;
- замовлення на доставку ліків, замовлення на надання медичної послуг;
- копії фінансових документів тощо.

9.17. Сканкопії документів, зазначених в п. 9.10 ЗУСП, Застрахована особа може надіслати на електронну адресу Страховика: med@euroins.com.ua. Після підтвердження Страховиком, протягом 3-х робочих днів з дати отримання таких документів електронною поштою, повноти та достатності всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати, Застрахована особа зобов'язана надіслати Страховику поштою або за місцезнаходженням офісу Страховика такі оригінали (завірені копії).

9.18. Копією документу є його точне знакове відтворення змісту чи документної інформації (і в окремих випадках – деяких зовнішніх ознак) документів здійснене з оригіналів таких документів на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності

таких документів вимогам Договору. На вимогу Страховика або Страхового агента та у визначений ними термін, Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

9.19. Страховик може приймати до розгляду та здійснювати страхову виплату за документами, переліченими в п. 9.10, наданими у вигляді копій, якщо сума такої виплати за одним страховим випадком не перевищує 20 000,00 грн. (п'ять тисяч гривень).

9.20. Страхувальник, підписанням Індивідуальної частини Договору страхування підтверджує що, надаючи Страховику (Страховому агенту) копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки. Страхувальнику зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника. Страхувальник розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні оригіналів таких документів у паперовій формі.

9.21. Якщо Програма страхування передбачає наявність та застосування франшиз, страхова виплата здійснюється за вирахуванням франшизи за тією Опцією або видом медичної допомоги, за яким вона встановлена. Розмір франшизи, яка підлягає вирахуванню може сплачуватись Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання послуг.

9.22. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується відповідним платіжним документом.

9.23. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні) впродовж 5 (п'яти) робочих днів з дня складання страхового акту.

10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Навмисні дії (бездіяльність) Страхувальника та/або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку (спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень), крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація таких дій Страхувальника та/або Застрахованої особи встановлюється згідно чинного законодавства України.

10.2. Вчинення Страхувальником/Застрахованою особою кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку.

10.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації.

10.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків). Також, Сторонами узгоджено, що відмова Страховика у випадку несвоєчасного повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою про настання страхового випадку є безумовною та не залежить від того, чи перешкодило це Страховику визначити причини та обставини події, а також розмір виплати.

10.5. Ненадання всіх необхідних документів, передбачених цим Договором, які підтверджують факт, обставини настання страхового випадку та розмір страхової виплати, при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі в порядку, обумовленому цим Договором.

10.6. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа є:

- 10.6.1. особою, яка має I групу інвалідності, особою, яка знаходяться на обліку: у наркологічних, психоневрологічних диспансерах, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій;
- 10.6.2. у разі неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про наявність групи інвалідності у Застрахованої особи або перебування на обліку Застрахованої особи у вищезазначених закладах, до початку дії Договору страхування, Договір вважається неукладеним у відношенні до такої Застрахованої особи.
- 10.7. Порушення Страхувальником та/або Застрахованою особою умов цього Договору.
- 10.8. Моральна шкода та упущена вигода.
- 10.9. Відповідно до Розділу 11 ЗУСП.
- 10.10. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

11. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

11.1. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань, а також захворювань, які етіологічно з ними пов'язані, якщо інше не зазначено в Програмі страхування:

11.1.1. Стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, що отримала Застрахована особа поза межами Території дії Договору та/або поза Строком дії Договору, в т.ч. захворювання, курс лікування яких був розпочатий до набуття чинності цим Договором.

11.1.2. Травми та/або захворювання, отримані Застрахованою особою внаслідок участі у несанкціонованих мітингах та демонстраціях, під час проходження військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, що потребують медичної допомоги.

11.1.3. Травми та/або захворювання, отримані Застрахованою особою внаслідок та/або під час:

11.1.3.1. впливу ядерної енергії, іонізуючого випромінювання, хімічного і бактеріологічного зараження місцевості. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтвержені;

11.1.3.2. будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), змін воєнно-політичної обстановки, загрози застосування воєнної сили, воєнних конфліктів, збройних конфліктів, локальних війн, регіональних війн, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, заколоту, локаутів, бунту, путчу, повстання, революції, тероризму або будь-яких інших дій за політичними мотивами, конфіскації, примусового вилучення, реквізиції чи пошкодження за розпорядженням існуючого уряду чи будь-якого органу влади, а також арешту, чи іншого вилучення, здійснених правоохоронними чи іншими, уповноваженими на це органами (митними, прикордонними або іншими), введення надзвичайного або особливого стану;

11.1.3.3. будь-якого роду дії або діяльності, що визначені як терористичний акт правозастосовуючим органом країни чи території, на якій мало місце такого роду дія/діяльність;

11.1.3.4. використання будь-якої біологічної, хімічної зброї, ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, засобів ураження живої сили та/або майна, що випускається з артилерійської або іншої бойової зброї або яке скидається з борту повітряного/водного судна.

11.1.4. Лепра та захворювання, пов'язані з особливо небезпечними інфекціями згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 (за виключенням ГРВІ та грипу) незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами, окрім швидких тестів на вірусні інфекції (в т.ч. на грип). Захворювання, внаслідок яких оголошено епідемію/ пандемію чи отримано рекомендації МОЗ та/або ВОЗ про проведення комплексу карантинних заходів.

11.1.5. Стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, що отримані внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на

керування транспортним засобом або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння (отруєння).

11.1.6. Алкоголізм, наркоманія, токсикоманія та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони.

11.1.7. Стани обумовлені віковими змінами (клімакс, атрофічний кольпіт, сенільний дерматит тощо).

11.1.8. Діагностика та лікування професійних захворювань відповідно до висновку уповноваженої установи.

11.1.9. Наслідки отриманих травм, перенесених хірургічних операцій та захворювань, які призвели до паралічей (парезів), порушення психіки (нейроінфекції, ГПМК, тощо), що сталися до набуття чинності цим Договором.

11.1.10. Вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання, генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів.

11.1.11. Порушення та стани в гінекології/урології:

11.1.11.1. венеричні захворювання: гонорея, сифіліс, венеричний лімфогрануломатоз;

11.1.11.2. безпліддя (чоловіче та жіноче), порушенням менструального циклу, гіперпролактинемія, синдромом виснажених яєчників, аденомою простати, імпотенція, еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;

11.1.12. Хронічні ТОРЧ-інфекцій (код МКХ-10 P35 – P39) при підозрі на ці інфекції діагностика в цілому не здійснюється, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз).

11.1.13. ВІЛ-інфекція/СНІД, а також пов'язані з ними хвороби та інші імунодефіцитні стани.

11.1.14. Захворювання та травми внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф.

11.1.15. Захворювання та його ускладнення, які стали причиною встановлення групи інвалідності Застрахованій особі, у випадку встановлення групи інвалідності до початку укладання Договору страхування.

11.1.16. Психічні захворювання та невротичні розлади: неврози, астенії, епілепсія, психопатії, психоневрологічні та психосоматичні хвороби, розлади та стани (астено-невротичний, астено-депресивний, іпохондричний), синдром хронічної втоми, порушення мови та сну.

11.1.17. Захворювання печінки: гепатити (крім гепатиту А), гепатози, цироз печінки, стеатогепатит.

11.1.18. Дегенеративно-дистрофічні зміни та захворювання (кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, артроз тощо) в тому числі, захворювання суглобів та/або кінцівок (та їх наслідки): дегенеративні захворювання, артрози, нестабільність суглобів, синовіти, тендосиновіти, проведення планового лікування (в тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст (окрім випадків травмування). Терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу терміном 5 діб в амбулаторних умовах.

11.1.19. Хвороби викликані порушеннями обміну речовин (сечокислий діатез, сечосольовий діатез, подагра, порушення кальцієвого, фосфорного обміну, ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, та інші), крім невідкладної допомоги.

11.1.20. Себорея будь-якого типу, порушення потовиділення, алопеція, ламкість нігтів.

11.2. **Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) після постановки діагнозу наступних захворювань, а також захворювань, які етіологічно з ними пов'язані, якщо інше не зазначено в Програмі страхування:**

11.2.1. Хронічна ниркова недостатність з потребою в регулярному гемодіалізі та печінкова недостатність.

- 11.2.2. Злоякісні новоутворення, онкогематологія та інші онкологічні захворювання, туберкульоз, ендокринні захворювання в т.ч. цукровий діабет та їх ускладнення, які виникли до початку дії Договору.
- 11.2.3. Системні захворювання сполучної тканини, дегенеративні та демієлінізуючі захворювання нервової системи (розсіяний склероз, постінфекційні енцефаліти, лейкоцистоз, хвороба Альцгеймера тощо), а також стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч (ДЦП).
- 11.2.4. Залізодефіцитна анемія та інші захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою.
- 11.2.5. Діагностика та лікування захворювань та/або травм та інших розладів здоров'я (окрім швидкої невідкладної допомоги), отриманих в результаті дій Застрахованої особи невластивих щоденній життєвій та професійній діяльності, виконання Застрахованою особою будь-якого виду небезпечної роботи; занять професійними або аматорськими видами спорту такими як: автомобільний спорт, альпінізм, будь-який вид футболу, армспорт, багатоборства, бодібілдинг, будь-які види контактної боротьби, двоборств та багатоборств, веслування, воднолижний спорт, гирьовий спорт, мотоциклетний спорт, парашутний спорт, скелелазіння, баскетбол, важка та легка атлетика, велосипедний спорт, будь-які види веслування, гімнастика спортивна, кінний спорт, регбі, теніс, триатлон, фехтування, хокей, біатлон, бобслей, гірськолижний спорт, ковзанярський спорт, лижне двоборство, санний спорт (бобслей), сноубординг, стрибки на лижах з трампліна, фігурне катання на ковзанах, віндсерфінг, картинг, ралі, мотобол тощо.
- 11.2.6. А також заняття такими видами екстремального спорту як авто-мото спортом, крос-кантрі, спелеологією, кінним спортом, гірськими лижами, сноубордингом, дайвінгом тощо.
- 11.2.7. В межах цього Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.
- 11.2.8. Хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартерійт, хвороба Рейно тощо), крім ускладнень, що вимагають невідкладного хірургічного втручання (гострі тромбози, емболії). Мігрень, не залежно від форми та стадії розвитку нападу.
- 11.2.9. Захворювання та стани за випадками та опціями, які не включені до Програми страхування (не позначені в Частині 1 "Специфікація" позначкою "так").
- 11.3. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг, якщо інше не зазначено в Програмі страхування:**
- 11.3.1. Будь-які витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору або після дострокового припинення дії договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи.
- 11.3.2. Витрати на медичні послуги, не передбачені Договором страхування.
- 11.3.3. Проведення контрольних лабораторних та інструментальних досліджень (в т.ч. диспансерний нагляд), відтермінованих більше ніж на 30 днів з дати настання страхового випадку (першого звернення за таким випадком);
- 11.3.4. Витрати на лікувальний масаж в гострій фазі захворювання або в стадії загострення з гострим больовим синдромом.
- 11.3.5. Витрати на медичні послуги, одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Асистуючою компанією медичних закладах або на умовах, що не передбачені Договором.
- 11.3.6. Витрати на лікування та діагностику, що не відповідає чинним стандартам протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародні протоколи лікування.

- 11.3.7. Витрати на подальше обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування.
- 11.3.8. Витрати на медичні довідки компетентних органів, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових/дитячих закладів, посвідчення водіїв, тести на про придатність, діагностика та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювань за якими встановлена будь-яка група інвалідності, якщо інші умови не передбачено Програмою страхування.
- 11.3.9. Витрати на благодійні внески.
- 11.3.10. Операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (окрім ауто трансплантації), протезування, ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів.
- 11.3.11. Операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
- 11.3.12. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластика (включаючи видалення гіпертрофії носових раковин), корекція ваги, інші маніпуляції, пов'язані з усуненням косметичних дефектів.
- 11.3.13. Планові операції із використанням апарату штучного кровообігу та кардіохірургічні операції, операції на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо).
- 11.3.14. Ліпідограма, окрім гострого інфаркту міокарду.
- 11.3.15. Операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показаннями), контрацепція, стерилізація, визначення гормонального стану, стерилізація.
- 11.3.16. Профілактичне, підтримуюче або санаторно-курортне лікування.
- 11.3.17. Лікування неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
- 11.3.18. Лікування функціональних порушень травлення (дисбактеріоз, дисбіоз, СПК (синдром подразненого кишківника), ДЖВШ (діскінезія жовчо-вивідних шляхів), диспанкреатизм тощо).
- 11.3.19. Послуги косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (окрім Застрахованих осіб за опцією "Вагітність та пологи" у випадку медично обґрунтованої необхідності), психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата.
- 11.3.20. Гідроколонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, перебування в барокамері.
- 11.3.21. Екстракорпоральні методи лікування окрім реанімаційних заходів: плазмозмивка, плазмасорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитоземія і т.п..
- 11.3.22. Витрати на лікування методами альтернативної медицини (народної та нетрадиційної медицини) в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, склеродіагностика та склеротерапія, гірудотерапія, рефлексотерапія, біоенергетика, краніосакральна терапія, діагностика за методом Фолля та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування, за винятком: голкоректоротерапії, мануальної терапії, лікування гомеопатичними та антигомтоксичними препаратами.
- 11.3.23. Операції за бажанням (не за медичними показниками).
- 11.3.24. Будь-які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком.
- 11.3.25. Довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та інш.).
- 11.3.26. Виклик лікаря до дому без медичних показань.
- 11.4. **Страховик не організовує та не здійснює оплату медичних та інших послуг щодо лікування та діагностики (в т.ч. подальшої діагностики після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому) наступних захворювань, якщо інше не зазначено в Частині 1 "Специфікація":**

- 11.4.1. Дерматологічні захворювання у т.ч. псоріаз, нейродерміт, екзема, сонячна опіки, акне, розоцея, атопічний дерматит, сікоз, вугрова хвороба, демодекоз, дисгідроз кистей та стоп, вугрова хвороба, мікози шкіри/нігтів та внутрішніх органів тощо.
- 11.4.2. Полікістоз яєчників, ендометріоз та дисплазія шийки матки, окрім станів, ускладнених кровотечею після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому), мастопатією.
- 11.4.3. Кольпіти, цервіцити, вульвовагініти, дисбіози/дисбактеріози, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології.
- 11.4.4. Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, кандидоз, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, цитомегаловірусна інфекція) після постановки остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому).
- 11.4.5. Лікування хронічного захворювання поза стадією загострення.
- 11.4.6. Витрати на діагностику імунного статусу організму та/чи алергологічного профілю, в тому числі скарифікаційні проби, алергологічні панелі (крім алергопроб на антибіотики); витрати на імунологічні та імуно-серологічні дослідження, а також витрати на специфічну імунотерапію та корекцію імунітету.
- 11.4.7. Стоматологічне лікування захворювань та станів, з використанням методів, засобів та апаратів:
- 11.4.7.1. покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), зубні пасти;
- 11.4.7.2. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;
- 11.4.7.3. ортодонція, в т.ч. брекет-системи, трейнери, капи тощо;
- 11.4.7.4. відбілювання зубів, інкрустація;
- 11.4.7.5. лікування зубів, слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту із застосуванням озону;
- 11.4.7.6. лікування тканин пародонту апаратом „Вектор” або його аналогами.
- 11.4.8. Лікування станів, пов'язаних з вагітністю, пологами та материнством, крім невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи, в т.ч. переривання вагітності за медичним призначенням та маткової кровотечі. Проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому тощо).
- 11.4.9. Гіпертонічної хвороби, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах в умовах стаціонару.
- 11.4.10. Лікування постковідного синдрому.
- 11.4.11. Доброякісні новоутворення (бородавки, папіломи, невуси, конділоми, ліпоми, фіброми, аденоми, хондроми, гемангіоми, поліпи та інше), за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст) та випадків, коли наявність неускладненого новоутворення заважає нормальному фізіологічному функціонуванню органів та систем.
- 11.4.12. Захворювання та стани опорно-рухової системи: порушення осанки, остеопороз, остеохондроз, кіфоз, сколіоз хребта, плоскостопість тощо.
- 11.4.13. Інвазивні хвороби шлунково-кишкового тракту, такі як гельмінтози та паразитарні захворювання (педикульоз, короста, демодекоз, глистяна інвазія, лямбліоз тощо), окрім педіатричної практики.
- 11.4.14. Захворювання та стани в офтальмології: короткозорість, далекозорість, астигматизм, катаракта, астенія, косоокість, глаукома, синдром «сухого ока», міопія, комп'ютерний синдром. Корегуванням гостроти зору (в т.ч. хірургічною, лазерною).

11.4.15. Алергічними захворюваннями та станами (вазомоторний та алергічний риніт, сінна лихоманка, кропив'янка, бронхіальна астма, тощо), окрім невідкладних станів, коли допомога надається до стабілізації стану.

11.5. **Страховик не організовує та не оплачує медикаменти, товари медичного призначення (якщо інше не зазначено в Програмі страхування), а саме:**

11.5.1. Медичним та медикаментозним забезпеченням одного страхового випадку строком більше 30 днів, крім лікування критичних захворювань – період лікування яких визначено Програмою страхування.

11.5.2. Витрати на придбання:

11.5.2.1. більше 2 препаратів однієї фармакологічної групи за однією схемою лікування. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування при екстренній госпіталізації;

11.5.2.2. харчових добавок (БАДи), стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Вігор тощо);

11.5.2.3. вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів, окрім випадків, коли вони є етіологічним лікуванням захворювання.

11.5.2.4. хондропротекторів, крім випадків пов'язаних з переломами кісток та суглобів;

11.5.2.5. гепатопротекторів, крім випадків лікування гепатитів та в комплексі лікування антибіотиками;

11.5.2.6. статинів, коректорів рівня ліпідів в крові;

11.5.2.7. імуностимуляторів (L03, згідно АТХ класифікації), крім випадків на грип та ГРВІ середнього та важкого ступеня важкості, які супроводжуються температурою тіла вище 37,5°C;

11.5.2.8. вакцин, сивороток, антигенів, бактеріофагів, окрім вакцинації від правця та сказу за медичними показаннями в державних установах при наявності вакцини;

11.5.2.9. препаратів для запобігання вагітності;

11.5.2.10. препаратів для постійного приймання (гіпотензивні, цукрознижувальні тощо);

11.5.2.11. діагностичних реактивів, дезінфікуючих засобів, засобів санітарії та гігієни, інші товари медичного призначення, предмети догляду;

11.5.2.12. психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків;

11.5.2.13. препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол);

11.5.2.14. антитромботичних препаратів (B01, згідно АТХ класифікації), крім випадків екстреного стаціонарного лікування;

11.5.2.15. аналогів гонадотропін-релізинг гормону (L02A E, згідно АТХ класифікації);

11.5.2.16. гормональних препаратів, призначених в т.ч. з метою замісної терапії, окрім протизапальних; вартість інсуліну (крім випадків надання невідкладної допомоги при станах здоров'я, що загрожує життю Застрахованої особи та крім випадків підбору дози препарату при цукровому діабеті, що був вперше виявлений протягом строку дії договору (якщо дана Опція передбачена Програмою страхування));

11.5.2.17. препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків (що містять молочнокислі бактерії, дріжджі та біфідобактерії), окрім випадків, коли вони признані під час або після антибіотикотерапії, призначених дорослим та дітям та призначених дітям до 10 років включно для лікування дисбактеріозу;

11.5.2.18. ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) коли вони призначені, як підтримуюча терапія. У випадку, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання медикаментозна терапія даними препаратами є страховим випадком;

11.5.2.19. сольових розчинів і засобів для місцевого зволоження слизових (Аква Маріс, Аквазолін, Маример, Назомарін, Носоль, Носаль, Салін, Фізіомер, Хьюмер і подібні);

11.5.2.20. кислоти урсодезоксихолевої (A05A A02, згідно АТХ класифікації);

- 11.5.3. Витрати на медикаменти, придбані без призначення лікаря.
- 11.5.4. Вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних візочків, комірців Шанца, бандажів, корсетів, еластичних бинтів (в т.ч. "Скотч-каст"), тощо), але пелюшки, операційне покриття, халати, маски, бахіли, медичні шапочки покриваються цим Договором в рамках «Стаціонарна допомога» та/або «Швидкої та невідкладної медичної допомоги».
- 11.5.5. Медичне обладнання та медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів, штучні водії ритму, кардіостимулятори, лікувальні та діагностичні медичні прилади, апарати, засоби медичного призначення, пристрої, медичне обладнання, та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, імпланти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, болти, протези ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори, металоконструкції та обладнання для остеосинтезу та артроскопічних операцій в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення таких операцій), тунори, небулайзери, експлантати та проленові сітки для герніопластики, за винятком покриття проленових сіток при наданні невідкладної (швидкої) медичної допомоги.
- 11.6. За цими ЗУСП не можуть бути Застраховані особи (якщо інше не передбачено Договором страхування):
- 11.6.1. недієздатні фізичні особи за станом здоров'я.
 - 11.6.2. ВІЛ-інфіковані або хворі на СНІД.
 - 11.6.3. інфіковані вірусом гепатиту, окрім А.
 - 11.6.4. які мають онкологічні (злоякісні) новоутворення.
 - 11.6.5. інваліди I та II групи, діти – інваліди.
 - 11.6.6. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки.
 - 11.6.7. хворі на нервові та психічні розлади (інсульт, епілепсію, шизофренію, аутизм тощо).
 - 11.6.8. хворі на системну склеродермію, системний червоний вовчак.
 - 11.6.9. хворі на розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.
 - 11.6.10. хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями).
 - 11.6.11. хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем.
 - 11.6.12. хворі на хронічну печінкову чи ниркову недостатність (з потребою в гемодіалізі).
 - 11.6.13. хворі на туберкульоз активний.
 - 11.6.14. хворі на тяжкі захворювання органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).
 - 11.6.15. які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).
 - 11.6.16. які перебувають на обліку в будь-якому з перерахованих диспансерів: наркологічному, психоневрологічному, туберкульозному, венерологічному.
 - 11.6.17. віком понад 80 років.
- 11.7. За погодженням зі Страховиком, на страхування можуть бути прийняті окремі категорії громадян, які визначені у пункті 11.6 цих ЗУСП на особливих умовах, зазначених в Договорі страхування, з відповідними, до специфіки такої групи ризику, обмеженнями у обсязі відповідальності Страховика і за спеціально розрахованими тарифними ставками.
- 11.8. **До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання події, яка безпосередньо або непрямо спричинена, пов'язана, виникає або збільшується в тому числі і внаслідок:**
- 11.8.1. Будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), змін воєнно-політичної обстановки, загрози застосування воєнної сили, воєнних конфліктів, збройних конфліктів, локальних війн, регіональних війн, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, локаутів, терористичних актів або будь-яких інших дій за політичними

мотивами, конфіскації, примусового вилучення, реквізиції чи пошкодження за розпорядженням існуючого уряду чи будь-якого органу влади, а також арешту, чи іншого вилучення, здійснених правоохоронними чи іншими, уповноваженими на це органами (митними, прикордонними або іншими).

11.9. Обмеження відповідно до санкцій та застереження про виключення: згідно цього застереження, жоден Страховик не надає покриття і жоден Страховик не несе відповідальності за оплату будь-якого збитку або відшкодування, якщо у разі забезпечення такого покриття, оплати такого збитку або надання такого відшкодування до Страховика можуть бути застосовані будь-які санкції, заборони або обмеження відповідно до Рішень Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічні санкції, відповідно до будь-яких законів або нормативних актів щодо національних та міжнародних торгово-економічних санкцій.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Всі спори, пов'язані зі страхуванням за цими ЗУСП, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, з обов'язковим дотриманням досудового порядку врегулювання, а в разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до законодавства України.

12.2. Позов по вимогах, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в строк, передбачений чинним законодавством України.

12.3. Питання, що лишилися поза межами цих ЗУСП, регулюються чинним законодавством України.

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

Відповідно до контактних даних Асистуючої компанії, яка буде Асистувати такий Договір, або контактних даних підрозділу Страховика.

Для листування (поштових відправлень):

вул. Велика Васильківська, будинок 102, Київ, 03150

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Євроінс Україна»
Україна, м. Київ, вул. Велика Васильківська, 102
Код ЄДРПОУ 22868348
тел. 38 (044) 247-44-77

Голова Правління

Яковенко А.В. /



м.п.

підпис

Заступник Голови Правління

Ніколов Я.Г. /



м.п.

підпис

