

EXPRESS

СТРАХУВАННЯ

ДЛЯ ВАШОЇ ВПЕВНЕНОСТІ

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»
(дія редакції з «06» лютого 2025 р.)**

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1. Інформація про страховика		
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	Товариство з додатковою відповідальністю “Експрес Страхування” (скорочене найменування ТДВ “Експрес Страхування”) Код ЄДРПОУ 36086124
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ від 29.04.2024 про переоформлення ліцензії на діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання)
4	Місцезнаходження страховика	04073, Київ, Україна, пр. Бандери Степана, 22
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://www.express-insurance.com.ua/
2. Основні умови страхового продукту		
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)” (далі - клас страхування 2), що визначений пунктом 2 частини першої статті 4 Закону України «Про страхування». Ризик «медичне страхування» у межах класу 2 характеризується обов’язком страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров’я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров’я та/або випадки, передбачені договором страхування. Опис страхового продукту наведений в Загальних умовах страхового продукту «Медичне страхування».
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Ризик «медичне страхування» у межах класу 2 включає: - гостре захворювання,

- загострення хронічного захворювання,

- розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

За договором страхування, укладеним за класом страхування 2 за ризиком «медичне страхування», у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено договором страхування.

Програмою страхування може бути визначений конкретний перелік страхових ризиків, опцій страхування, асистуючих послуг по відношенню по певного переліку Застрахованих осіб чи договору страхування в цілому.

Страховим випадком є звернення застрахованої особи до закладів охорони здоров'я (асистуючої (сервісної) компанії) та отримання застрахованою особою медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги згідно з Програмою страхування, у зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншою допомогою, передбаченою Програмою страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги.

Обмеження страхування:

Не можуть бути застрахованими особи, визнані недієздатними у порядку, встановленому законодавством України, а також особи, які страждають важкими нервовими захворюваннями, гострим енцефалітом, психічними захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушенням кровообігу важкого ступеню, діабетом у важкій формі, системними ураженнями опорно-рухового апарата, хворі на алкоголізм, наркоманію, хворі на СНІД, інваліди I групи та інваліди II групи, яким висновком медико-соціальної експертизи заборонено (не рекомендовано) здійснення будь-якої трудової діяльності, інваліди за народженням. Дія страхового захисту стосовно конкретної застрахованої особи закінчується, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахованою з причин, зазначених в цьому пункті, а страхувальник зобов'язаний повідомити про це страховика протягом **5 (п'яти) робочих днів**.

Якщо після укладення договору страхування буде встановлено факт відношення застрахованої особи до осіб, зазначених у попередньому абзаці, страховик має право достроково припинити договір страхування стосовно такої застрахованої особи.

Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

- медичною допомогою та медичними послугами, що надаються не лікарем, або що не були призначені лікарем, або що надаються за бажанням застрахованої особи;

- медичною допомогою та медичними послугами, що не є обґрунтованими та необхідними з медичної точки зору або не мають лікувальних цілей;

- медичною допомогою та медичними послугами, що були надані (або повинні бути надані) застрахованій особі безкоштовно;

- медичною допомогою та медичними послугами, що були надані повторно та є аналогічними раніше вже отриманим медичним послугам та медичній допомозі у іншого постачальника таких послуг та допомоги стосовно одних й тих самих скарг, симптомів, синдромів, станів або захворювань, крім випадків, що були схвалені страховиком;

- медичною допомогою та медичними послугами, що мають дослідницький, науковий або експериментальний характер;

- медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для зміни маси тіла або для лікування ожиріння;

- медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для естетичних або косметичних цілей;

- медичною допомогою та медичними послугами, що надаються для зміни будь-якого органу з метою поліпшити психічне або емоціональне становище застрахованої особи;
- медичною допомогою та медичними послугами, що спрямовані на сприяння або на запобігання статевого зачаття, включаючи але не обмежуючись: штучне запліднення, лікування безпліддя або імпотенції, стерилізація або дестерилізація,
- придбанням протезів різного характеру та призначення, окулярів, контактних лінз (крім того, що зазначено в Програмі медичного страхування), слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, ортопедичних пристосувань, інвалідних візків, отриманням візуальної терапії або на будь-який огляд або підбирання схожих пристроїв;
- пересадкою органів, а також з самими органами, їх пошуком та доставкою, а також з оплатою донорів;
- пересадкою тканин, а також самі тканини, за винятком лікування опіків та травм;
- доглядом та лікуванням випадіння волос, включаючи перуки, персадку волосся або будь-які препарати, які сприяють росту волосся, незалежно від того, призначено це лікарем чи ні;
- лікуванням, що стало необхідним у зв'язку з ускладненнями або наслідками попереднього лікування, яке не підпало під страховий захист згідно з умовами договору;
- наданням наркологічної допомоги;
- супроводженням вагітності, що протікає нормально та нормальних непатологічних пологів (крім того, що є за програмою);
- отриманням застрахованою особою послуг приватних медичних сестер;
- отриманням застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків;
- захворюваннями, пов'язаними з епідеміями стихійними явищами та їх наслідками, при введенні комплексу карантинних заходів (за виключенням ГРВІ);
- всіма видами протезування, всіма видами послуг по підготовці до протезування (крім зазначених в Програмі);
- придбанням медичних пристроїв, що заміщують або корегують функції вражених органів; оперативне лікування, пов'язане з видаленням чи корекцією даних пристроїв
- кардіохірургічними операціями (у т.ч. шунтування, стентування), нейрохірургічними операціями, операціями на серці та судинах;
- комплексним лікуванням захворювань та станів, що потребують заміщувальної терапії;
- лікуванням захворювань, що потребують постійного прийому медикаментів (підтримуюча терапія), за виключенням гострих станів, строком не більше одного місяця на рік;
- плановою діагностикою та лікуванням хронічних захворювань(в т.ч. ендокринної патології), за виключенням гострих станів, строком не більше одного місяця на рік);
- проведенням ліпідограми, імунограми;
- імунізацією, вакцинацією (крім того, що зазначено в Програмі медичного страхування), лікуванням імуномодуляторами;
- будь-яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання, (крім медикаментів, включених до програми страхування);
- хондропротекторами, гепатопротекторами;
- пробіотики, еубіотики;
- гіполіпідемічними препаратами;
- протигрибковими препаратами (крім зазначених в Програмі);

- препаратами ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол);
- харчовими добавками (БАД); будь-якими медикаментами, офіційно не зареєстрованими в Україні, як лікарські засоби;
- косметичними засобами, шампунями, пастами; засобами для дезінфекції, засобами особистої гігієни;
- вітамінами (крім того, що зазначено в Програмі медичного страхування);
- препаратами-аналогами гонадотропін – релізінг - гормону (золадекс, діферелін та інше);
- препаратами групи каберголіну;
- нейролептиками, транквілізаторами, антидепресантами, психотропними, ноотропними засобами;
- медичним засвідченням для видачі довідок (носіння зброї, виїзд за кордон, вступ в учбові заклади, для санаторно-курортного лікування та інші) та видача таких довідок;
- лазерною корекцією зору;
- лікуванням захворювань на наступні хвороби (крім особливостей, зазначених в Програмі страхування): туберкульоз та його ускладнення; онкологічні (добро- та злоякісні) захворювання, в тому числі захворювання крові; порушення менструального циклу та гормонального стану; хронічна ниркова та/або печінкова недостатність, що потребує гемодіалізу; гепатит С, хронічний гепатит В; цирроз; особливо небезпечні інфекційні хвороби згідно класифікації ВООЗ (віспа, чума, холера, сибірська виразка), вірусні геморагічні лихоманки; ВІЛ- та/або СНІД- інфекції, незалежно від терміну виявлення; психічні та невротичні стани та розлади; вегето-судинна та нейроциркуляторна дистонії (окрім гострих станів); порушення мови та сну; енурез; спадкові захворювання, що пов'язані з порушенням хромосомного набору; вроджені аномалії, стани та вади розвитку; перинатальні пошкодження та їх наслідки; епілепсія; ДЦП; цукровий діабет та його ускладнення; видалення бородавок, папілом, ліпом, атером, дермоїдних кіст(крім випадків травмування утворень); ендометріоз, дисплазія шийки матки, ерозія шийки матки, фіброміома, кісти, поліпи, мастопатія; герпетична інфекція (включаючи інфекцію EBV, CMV); мікози та оніхомікози кінцівок; себорея, себорейний дерматит; системний червоний вовчак, псоріаз, екзема, atopічний дерматит, вугрова хвороба; демодекоз, короста; демієлінізуючі захворювання (розсіяний склероз та інше); бронхіальна астма (крім періодів загострення строком не більше 1 місяця на рік); хронічні ревматоїдні захворювання; системні захворювання сполучної тканини, в т.ч. ревматизм, саркоїдоз, муковісцидоз тощо; далекозорість, короткозорість, астигматизм, катаракта, глаукома, косоокість, крім станів, що потребують невідкладної допомоги; неспецифічні бактеріальні вагініти та уретро простатити (крім зазначених в Програмі страхування); вікові дегенеративно-дистофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, а саме: кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, артрози, артрити. подагра, остеопороз, остеохондроз; діагностика та лікування міжхребцевих гриж, крім невідкладної допомоги при радикаліті; хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність); діагностика та лікування синдрому хронічної втоми, імунодефіцитних станів.
- діагностикою та лікуванням інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (в тому числі амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін. гельмінтози та паразитарні захворювання);

		<ul style="list-style-type: none"> - комплексним обстеженням на TORCH - інфекції та носійство та лікування; - діагностикою та лікуванням хвороб, що передаються статевим шляхом за класифікацією Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (крім зазначених в Програмі страхування); - класичними венеричними хворобами: сифіліс, гонорея, шанкроїд, лімфогранулематоз паховий, гранульома венерична; іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом: - з переважним враженням статевих органів – сечостатевий хламідіоз, сечостатевий трихомоніаз, кандидозні вульвовагініти і баланопостіти, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві бородавки, генітальний контагіозний моллюск, гарднерольозний вагініт, уреоплазмоз, урогенітальний шигельоз гомосексуалістів, лобковий педикульоз, папіломавірус; - з переважним враженням інших органів – цитомегалія, та ін. - лікуванням аутоімунних та алергічних хвороб (крім невідкладних станів); - функціональними порушеннями, в т.ч. дисбактеріоз, вазомоторний риніт, ДЖВП, функціональний закріп. <p>У окремих випадках, Страховик може відшкодувати витрати віднесені до обмежень страхування та здійснити страхову виплату у межах лімітів, що погоджуються Сторонами окремо. Таке рішення приймається Страховиком на власний розсуд, Страхувальник не має права вимагати здійснення виплати за такими випадками всупереч волі Страховика.</p> <p>Страховик не відшкодовує моральні збитки та не сплачує та не організовує наступні товари та послуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - виклик до дому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних фахівців, лікарів вузькопрофільної спеціалізації; - медичні довідки для ДАІ та інших організацій, довідки для володіння зброєю, відвідування басейну, в тому числі профогляди для отримання таких довідок; - організація медичної допомоги (крім випадків невідкладної допомоги), якщо спілкування застрахованої особи з Асистансом відбувається з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови. - використання індивідуальної пластикової картки(полісу страхування) особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг. - вартість консультативних послуг у випадку відсутності застрахованої особи вдома при виклику лікаря до додому. Відсутність у застрахованої особи під час консультації, огляду чи проведення обстеження зафіксованих письмово скарг чи симптомів на підставі яких була організована консультація; неявка застрахованої особи на консультацію без поважних на те причин чи без попередження Асистансу. У цих випадках надання амбулаторно-поліклінічної допомоги при наступному зверненні сплачується застрахованою особою самостійно у розмірі повної вартості наданих послуг; - консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження, призначені з профілактичною метою, в тому числі перед плановою вакцинацією, оформленням довідок в дитячі установи та лікувально-профілактичні заклади, окрім включених до Програми страхування. - Доставка лікарняного листка в офіс, додому.
9	<p>Територія та строк дії договору страхування</p>	<p>Територія дії договору – Україна (крім територій, на яких ведуться (не завершенні) бойові дії та/або які перебувають в тимчасовій окупації, страхування оточенні (блокуванні), згідно з переліком таких територій, затверджених Наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22 грудня 2022 року №309 (зі змінами)).</p> <p>Строк дії договору страхування: від 15 днів до 1 року.</p>

		<p>Договір страхування набирає чинності з дати початку строку дії договору страхування, але не раніше 00:00 год. дати, наступної за датою надходження страхового платежу за перший період страхування на поточний рахунок страховика.</p> <p>Договором страхування за домовленістю сторін можуть бути передбачені також інші умови страхового покриття, а також визначені особливі (індивідуальні) умови страхування.</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Розмір страхової суми (ліміту відповідальності) визначається виходячи з цін на медичні послуги в закладах охорони здоров'я різних форм власності, переліку видів медико-санітарної допомоги, вартості медикаментів, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі, місця дії договору страхування тощо.</p> <p>Мінімальний розмір страхової суми (ліміту відповідальності) на одну застраховану особу не обмежений, максимальний розмір страхової суми на одну застраховану особу 200 000,00 грн.</p> <p>Страхова сума (ліміти відповідальності) можуть бути визначені за договором страхування в цілому, за Програмою страхування, за період страхування, за однією застрахованою особою, за видами медичних послуг, окремими страховими ризиками та/або страховим випадком, окремими опціями страхування (або за групою страхових ризиків, випадків, набором опцій), в тому числі індивідуальні та/або корпоративні.</p> <p>Страхова сума (ліміт відповідальності) є агрегатною (зменшується після кожної страхової виплати), якщо інше не обумовлено в договорі страхування за згодою Сторін.</p> <p>Якщо страхувальник укладає договір страхування декількох осіб, розмір страхової суми (ліміту відповідальності) встановлюються окремо для кожної застрахованої особи, а в договорі страхування зазначається як розмір страхової суми за договором страхування в цілому, так і розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) страховика для кожної застрахованої особи.</p> <p>В період дії договору страхування страхувальник може збільшити розмір страхової суми (ліміту відповідальності) шляхом укладення додаткової угоди до договору страхування та за умови сплати страхувальником додаткового страхового платежу.</p> <p>В договорі страхування за згодою Сторін може бути звужений та/або уточнений (конкретизований) обсяг страхового покриття, обумовлений цим страховим продуктом, а також визначені особливі (індивідуальні) умови страхування.</p> <p>Конкретний розмір страхової суми (ліміту відповідальності) визначається в Програмі страхування та договорі страхування за згодою страховика та страхувальника.</p>
11	Франшиза	<p>Франшиза безумовна від 0% до 90% від страхової суми.</p> <p>Може встановлюватись за категоріями медичних закладів та/або за окремим медичним закладом та/або за видом медичної допомоги (послуги) та/або за окремою послугою.</p>
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>Розмір страхової премії (страхового платежу) визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого за конкретною Програмою страхування, зазначеною в договорі страхування, або за договором страхування в цілому обчислюється на підставі базових річних страхових тарифів по базовим Програмам страхування, з урахуванням результатів медичного анкетування, попереднього медичного огляду застрахованих осіб лікарем, призначеним страховиком, віку, статі застрахованої особи, вартості медичних послуг, строку, місця дії договору страхування, розміру франшизи, лімітів відповідальності (зобов'язань) страховика, інших чинників, що суттєво впливають на</p>

		<p>страховий ризик, шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти.</p> <p>Розмір страхової премії (страхового платежу) встановлюється у межах від 600 грн. - до 30 700 грн. на одну застраховану особу.</p> <p>Розмір страхового тарифу визначається у межах від 2,7% - до 71,5% від страхової суми та залежить від умов страхового покриття, що впливають на розмір страхового платежу.</p> <p>Конкретні розміри страхового тарифу та страхової премії визначаються в договорі страхування за згодою страховика та страхувальника.</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>Страхова премія (страховий платіж) за договором (за період страхування) сплачується страхувальником у безготівковій формі одноразовим платежем або періодичними платежами у порядку та у строк визначений в договорі страхування. Днем сплати страхувальником страхового платежу страховикові є дата зарахування суми страхового платежу за договором страхування (чергової частини страхового платежу за період страхування) у повному обсязі на поточний рахунок страховика.</p>
14	Обов'язки сторін	<p>Страховик зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перед укладанням договору страхування надати Страхувальнику інформацію про Страховий продукт (Загальні умови страхового продукту, Програми страхування, інформаційний документ про стандартний страховий продукт), Страховика, страхового посередника (у разі його залучення), в обсязі згідно з вимогами статтей 86 - 88 Закону України «Про страхування», а також інформацію, передбачену статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», в письмовій формі, в тому числі шляхом надання страхувальнику доступу до такої інформації на веб-сайті страховика за адресою https://www.express-insurance.com.ua/. - ознайомити страхувальника з умовами обраної Програми страхування, переліком медичних закладів-партнерів страховика, визначених для надання медичної допомоги (медичних та інших послуг) за договором та Програмою страхування; - як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо організації медичної допомоги (медичних та інших послуг) застрахованій особі в межах, передбачених Програмою медичного страхування та здійснення своєчасної страхової виплати; - при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або її частину у передбачений договором або законодавством України строк; - забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування (в т.ч. лікарську таємницю), та не розголошувати таку інформацію з урахуванням вимог статті 113 Закону України «Про страхування»; - протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати надходження страхового платежу передати страхувальнику для подальшої передачі застрахованій особі пластикову картку. <p>Страхувальник зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові платежі відповідно до умов Договору; - перед укладанням Договору повідомити Страховикові відомості про об'єкт страхування та про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), і надалі протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну відомостей та обставин, та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором, та, за необхідності, укласти додаткову угоду до Договору та здійснити доплату страхового платежу; - перед укладанням Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо об'єкта страхування, та повідомляти про

такі договори у випадку їх укладення протягом строку дії Договору;

- повідомити Страховику про наявність страхового інтересу стосовно Застрахованої особи, у тому числі у Вигодонабувача;
- вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором;
- інформувати Страховика протягом строку дії Договору про зміну прізвища, адреси та інших договірних реквізитів, що стосуються Застрахованої особи;
- надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні Договору; при необхідності забезпечити проходження Застрахованою особою медичного обстеження в установі чи в особи, визначеної Страховиком;
- у разі необхідності отримання медичної допомоги (медичних та інших послуг) в лікувальному закладі, не передбаченому Договором та Програмою медичного страхування, узгодити це зі Страховиком до отримання цієї допомоги. Якщо Договором передбачена організація надання та фінансування медичної допомоги (медичних та інших послуг) через сервісний центр Страховика, то медичний заклад для отримання медичної допомоги (медичних та інших послуг) та її обсяг узгоджується з сервісним центром Страховика;
- на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надати Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника та протягом 10 календарних днів повідомляти Страховика про втрату чинності/обміну ідентифікаційного документа Страхувальника, наданого перед укладенням Договору, та/або про суттєві зміни у діяльності Страхувальника (зміна кінцевого бенефіціарного власника, керівника, місцезнаходження юридичної особи, встановлення факту належності Страхувальника-фізичної особи до політично значущих осіб, членів їх сімей або пов'язаних з ними осіб);
- довести до відома застрахованих осіб умови страхування та порядок надання медичної допомоги (медичних та інших послуг) за договором страхування та забезпечити виконання Застрахованою особою обов'язків, передбачених Договором;
- при достроковому припиненні дії договору страхування в цілому чи дії договору страхування стосовно певної застрахованої особи, повернути пластикову (-і) картку (-и) страховику. Неможливість повернення страховику пластикової (-их) картки (-ок) повинна бути письмово обґрунтована страхувальником.

Застрахована особа зобов'язана:

- заповнити Декларацію про стан свого здоров'я або пройти попереднє медичне обстеження на вимогу Страховика з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику;
- при настанні страхового випадку, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження з метою встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитку;
- чітко дотримуватись приписів та призначень лікарів, отриманих під час лікування, дотримуватись розкладу, встановленого медичною установою;
- не передавати свої страхові документи іншим особам з метою отримання ними медичних та інших послуг за Договором;
- у випадку втрати своїх страхових документів негайно сповістити про

		<p>це Страховика будь-яким доступним способом;</p> <ul style="list-style-type: none"> - повідомляти Страховика про всі випадки ненадання (відмови у наданні), неповного або неякісного надання медичних та інших послуг медичними, аптечними та/або асистуючими закладами, обумовленими в Програмі медичного страхування; - надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації щодо свого стану здоров'я; - виконувати обов'язки, передбачені Договором. <p>Договором страхування можуть бути передбачені інші та/або додаткові обов'язки Сторін та Застрахованої особи.</p>
15	<p>Підстави та порядок припинення дії договору страхування</p>	<p>Дія договору припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> – закінчення строку дії договору; – виконання страховиком своїх зобов'язань перед страхувальником (застрахованою особою) у повному обсязі; – смерті застрахованої особи. Якщо договір було укладено про страхування декількох осіб, у разі смерті однієї застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї застрахованої особи; – ліквідації страхувальника - юридичної особи, за винятком випадків, передбачених законодавством Законом України «Про страхування»; – ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України; – несплати страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договорустрахового платежу за відповідний період дії договору у встановлений договором строк; – набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійснимприйняття судового рішення про визнання договору недійсним - з дати, вказаної у рішенні суду; – в інших випадках, передбачених законодавством України. <p>Договір може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін. Про намір достроково припинити дію договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору.</p> <p>Дія договору страхування не може бути припинена страховиком достроково, якщо на це не надав згоду страхувальник, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.</p> <p>У разі дострокового припинення дії договору за вимогою страхувальника, страховик повертає йому страховий платіж за кількість днів, що залишилися до закінчення періоду страхування за договором, за який сплачено страховий платіж, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору, в розмірі, зазначеному в договорі страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням страховиком умов договору, страховик повертає страхувальнику сплачений ним страховий платіж за період страхування за договором повністю.</p> <p>У разі дострокового припинення дії договору за вимогою страховика, страхувальнику повертається повністю сплачений ним страховий платіж за відповідний період страхування за договором.</p> <p>Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору, страховик повертає йому страховий платіж за кількість днів, що залишилися до закінчення періоду страхування за договором, з</p>

		<p>вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору, в розмірі, зазначеному в договорі страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором.</p> <p>У випадку дострокового припинення дії договору, повернення страхового платежу здійснюється в безготівковій формі протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів (якщо інший строк не обумовлений договором страхування) після дати припинення дії договору, якщо інше не обумовлено письмовою згодою сторін.</p>
16		3. Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>При виникненні необхідності отримання медичної допомоги (медичних та інших послуг), які передбачені Програмою страхування, застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 24-х годин з моменту настання страхового випадку, зателефонувати до цілодобового сервісного центру Страховика за телефонами (044) 303 90 71, моб.т. (050) 303 79 23, (067) 550 45 81, (093) 420 25 23: +38 044 303 90 71 та назвати:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прізвище, ім'я та по батькові застрахованої особи; - номер пластикової картки; - причину звернення до цілодобового сервісного центру страховика та яка допомога потрібна. <p>Застрахована особа зобов'язана чітко дотримуватись вказівок лікаря-координатора відносно всіх наступних дій (включно щодо лікувально-профілактичної установи (ЛПУ), в якій буде здійснюватися надання послуг).</p> <p>До страховика з подібною інформацією щодо застрахованої особи можуть звернутись треті особи, працівники відповідних закладів, родичі Застрахованої особи.</p> <p>Несвоєчасне повідомлення страховика застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин надає страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати.</p> <p>Надання страхувальнику інструкцій з боку страховика або його представника у зв'язку з настанням події, має ознаки страхового випадку, а також вжиття страхувальником заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитку, не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.</p> <p>Договором страхування за згодою Сторін може бути передбачений інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.</p>
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	<p>Надання медичних та інших, передбачених Договором та Програмою медичного страхування, послуг закладом відбувається при узгодженні з сервісним центром Страховика, на підставі пред'явлення Застрахованою особою пластикової картки та документа, що посвідчує Застраховану особу.</p> <p>При настанні страхового випадку страховик здійснює страхову виплату в розмірі вартості наданої застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги у межах страхової суми або лімітів відповідальності (зобов'язань) страховика відповідно до умов договору страхування та Програми страхування для цієї застрахованої особи.</p> <p>Якщо умовами договору страхування передбачена франшиза, розмір франшизи вираховується із суми страхової виплати.</p> <p>Оплату медичних та інших послуг Страховик здійснює безпосередньо закладу, який надавав медичні та/або інші послуги Застрахованій особі в зв'язку зі страховим випадком в межах страхової суми, визначеної Договором та Програмою медичного страхування, згідно з документами закладу охорони здоров'я, що надав Застрахованій особі медичну допомогу (медичні та інші послуги).</p>

У разі оплати медичних та інших послуг безпосередньо Застрахованою особою, за попереднім узгодженням із сервісним центром Страховика, Страховик відшкодовує ці витрати Застрахованій особі на підставі письмової заяви та оригіналів документів, які підтверджують настання страхового випадку, а саме: рахунків закладу охорони здоров'я, первинної медичної документації або витягу з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, нозології, переліку діагностичних процедур, лікувальних заходів, переліку лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також строку та періодичності їх застосування, вартості. Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених зі Страховиком.

При відсутності у медичному та іншому закладі необхідних медико-санітарних засобів (ліки, перев'язочні засоби, одноразовий інструментарій тощо), Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість придбаних нею самостійно зазначених засобів згідно з рахунками (чеками) аптек (фармацевтичних установ) або сплачує вартість таких засобів безпосередньо фармацевтичній установі.

Страхова виплата здійснюється протягом **20 (двадцяти) робочих днів** з дати надання Страховику всіх необхідних документів:

- У всіх випадках оплати медичних та інших послуг безпосередньо Застрахованою особою та/або у випадку самостійного придбання Застрахованою особою необхідних медико-санітарних засобів, Застрахована особа надає Страховику такі документи:

- оригінал Заяви на відшкодування витрат (заповнити шаблон);
- згода на обробку персональних даних (заповнити шаблон);
- копія паспорта особи, яка отримує страхову виплату (всіх заповнених сторінок);
- копія ідентифікаційного номеру;
- копія пластикової картки медичного страхування.

Додатково до зазначених вище документів, в залежності від виду отриманої Застрахованою особою медичної допомоги (медичних та інших послуг), Страховику надаються такі документи:

- При самостійному придбанні медикаментів в аптеці:

- копії рецептурних бланків чи відповідний перелік призначених медикаментів, завірених лікарем;
- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери).
- копії: Свідоцтво про державну реєстрацію, Свідоцтво платника податку, Ліцензія діяльності (право на торгівлю лікарськими засобами), Витяг з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (для СПД), Виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб підприємців, Довідка з Єдиного Державного Реєстру Підприємств та Організацій України.

- При самостійному лікуванні в стоматології:

- оригінал акту виконаних робіт із стоматології;
- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);
- копії: Свідоцтво про державну реєстрацію, Свідоцтво платника податку, Ліцензія діяльності (лікувального закладу), Витяг з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (для СПД), Виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб підприємців, Довідка з Єдиного Державного Реєстру Підприємств та Організацій України.

- При перебуванні Застрахованої особи на лікуванні в стаціонарі:

- консультативний висновок, копія або витяг з амбулаторної карти або з історії хвороби, що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг;
- копії рецептурних бланків чи відповідний перелік призначених

медикаментів, завірений лікарем;

- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);

- довідка, завірена в установленій формі, з медичної установи (епікріз) (зі штампом, печатками, підписами лікарів з розбірливо написаними їх прізвищами) про отримання медичної допомоги в стаціонарі з зазначенням строків звернення, встановленого діагнозу, переліку та кількості назначених медикаментозних препаратів (назви препаратів, форма випуску, дозування, кратності та тривалості прийому);

- копії: Свідоцтво про державну реєстрацію, Свідоцтво платника податку, Ліцензія діяльності (лікувального закладу), Ліцензія діяльності (роздрібна торгівля лікарськими засобами), Витяг з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (для СПД), Виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб підприємців, Довідка з Єдиного Державного Реєстру Підприємств та Організацій України.

• При самостійному отриманні медичних амбулаторних послуг:

- копія направлення на отримання медичної послуги;

- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);

- копії: Свідоцтво про державну реєстрацію або виписки з ЄДРПОУ закладу, що надає послуги; Свідоцтво платника податку закладу, що надає послуги; Ліцензія лікувального закладу (якщо оздоровчі послуги відносяться до заходів медичної практики та надаються закладом охорони здоров'я), Витяг з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (для СПД), Виписка з єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб підприємців, Довідка з Єдиного Державного Реєстру Підприємств та Організацій України;

- платіжне доручення або квитанція про сплату податку (для СПД).

Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткових документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направляти до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану здоров'я Застрахованої особи.

Застрахованій особі/спадкоємцю(-ям) застрахованої особи/ довірентій особі застрахованої особи страхова виплата здійснюється страховиком на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати та страхового акта, який складається страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається страховиком.

Якщо застрахованою особою є дитина (застрахована особа віком до 16 років), страхова виплата здійснюється її батькам (усиновителям) або особі, яка визнана опікуном згідно законодавства України.

У разі смерті Застрахованої особи, Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) спадкоємцю (-цям) Застрахованої особи за законом (у всіх випадках оплати медичних та інших послуг безпосередньо Застрахованою особою та/або у випадку самостійного придбання Застрахованою особою необхідних медико-санітарних засобів).

Протягом **10 (десяти) робочих днів** (якщо інший строк не передбачений договором страхування) з дати отримання всіх необхідних документів, передбачених договором страхування, Страховик:

- приймає рішення про здійснення страхової виплати та складає страховий акт. страхова виплата здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** (якщо інший строк не передбачений договором страхування) з дати складання страхового акту; або

		<p>- приймає рішення про відмову у страховій виплаті та протягом 5 (п'яти) робочих днів (якщо інший строк не передбачений договором страхування) з дати прийняття такого рішення повідомляє про це страхувальника (одержувача страхової виплати) в письмовій формі, з обґрунтуванням причини відмови.</p> <p>Закладам охорони здоров'я/асистуючій (сервісній) компанії страхова виплата здійснюється страховиком в порядку і в строки, встановлені договором про співробітництво між страховиком і зазначеними установами.</p> <p>Страховик та страхувальник мають право призначити за свій рахунок розслідування або оцінку, яку проводить експерт незалежної експертної організації, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди.</p> <p>Договір страхування, по якому страхову виплату здійснено у розмірі меншому, ніж страхова сума, зберігає силу до кінця строку його дії. При цьому, відповідальність страховика визначається як різниця між страховою сумою, встановленою для застрахованої особи договором страхування, та раніше проведеними страховими виплатами.</p> <p>У будь-якому разі, загальна сума виплат за одним або декількома страховими випадками по кожній застрахованій особі не може перевищувати страхової суми або лімітів відповідальності (зобов'язань) страховика, встановлених договором страхування та Програмою медичного страхування для цієї застрахованої особи.</p> <p>Договір страхування, по якому страхову виплату здійснено в розмірі страхової суми, припиняє свою дію з дати страхової виплати.</p> <p>Якщо на дату настання страхового випадку діяли також інші договори добровільного медичного страхування, укладені страхувальником / застрахованою особою з іншими страховиками, то страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати розміру шкоди, заподіяної застрахованій особі. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.</p> <p>Страхова виплата здійснюється в безготівковій формі на поточний рахунок отримувача.</p> <p>Днем виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку страховика.</p> <p>Після перерахування страхового відшкодування за реквізитами, вказаними страхувальником (одержувачем страхової виплати) письмово в Заяві про страхову виплату, страхувальник (одержувач страхової виплати) не може змінювати одержувача страхової виплати. Здійснена страхова виплата не підлягає поверненню Страховику та повторному перерахуванню.</p> <p>Договором страхування за згодою Сторін може бути передбачений інший порядок здійснення страхової виплати.</p>
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<p>Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на діагностику та будь-яке лікування поза територією дії договору страхування та/або до набрання чинності договором.</p> <p>Страховик не визнає подію страховим випадком, якщо захворювання, травматичні ушкодження або інший розлад здоров'я застрахованої особи сталися внаслідок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ядерного вибуху, дії іонізуючого випромінювання або іншої зброї масового ураження; - війни, вторгнення, військових дій, інших збройних протистоянь, їх наслідків; дії мін, бомб, снарядів, ракет, безпілотних літальних апаратів будь-яких типів (БПЛА), засобів протиповітряної оборони, засобів протиракетної оборони, інших видів зброї (або їх уламків); - терористичних актів (терористичний акт означає застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку життю

чи здоров'ю людини чи настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або не вчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднанням громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів винного (терориста), а також загроза вчинення таких дій). Даним застереженням також виключаються збитки, пошкодження, видатки або витрати будь-якого характеру, які безпосередньо або опосередковано спричинені, є наслідком або пов'язані з будь-якими діями, спрямованими на контроль, запобігання, придушення, або здійснені у будь-якому зв'язку з терористичним актом або плануванням, підготовкою чи замахом на нього;

-отруєння алкоголем або будь-якими іншими речовинами, що були вжиті Застрахованою особою з метою або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи, або в зв'язку із діями під час знаходження Застрахованої особи у вказаних станах або під дією психотропних речовин;

-випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою (або в результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі) у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під впливом психотропних речовин або лікувальних препаратів, що погіршують реакцію та увагу, або у хворому чи втомленому стані;

-випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою (або в результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі), яка не має права управляти таким транспортним засобом, в тому числі - яка не має посвідчення водія на право керування транспортним засобом даної категорії;

-вживання Застрахованою особою наркотичних речовин без призначення лікаря;

-випадку, який стався в результаті занять Застрахованої особи професійним спортом, травмонебезпечних занять та хобі, участі Застрахованої особи у спортивних тренуваннях, змаганнях, гонках, заняттях небезпечними видами спорту (мотоспорт, альпінізм, спелеологія, кінний спорт, глибоководне занурювання з аквалангом тощо);

-випадку, який стався в результаті переміщення Застрахованої особи повітряним або водним (підводним) апаратом, або у випадку управління ним Застрахованою особою, крім випадків переміщення Застрахованої особи як пасажирів на літаку цивільної авіації або на засобі водного транспорту, ліцензованих для перевезення пасажирів та керованих особою, що має відповідні повноваження;

-польоту Застрахованої особи на безмоторних літальних апаратах, моторних планерах, суперлегких літальних апаратах, а також стрибків з парашутом;

-проходження Застрахованою особою служби в будь-яких збройних силах та формуваннях;

-самогубства (замаху на самогубство) Застрахованої особи або умисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або інших умисних дій Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;

-здійснення Застрахованою особою протиправних дій, що знаходяться у прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням страхового

випадку;

- стихійних явищ та їх наслідків, епідемій, карантинів, метеоумов;
- надзвичайних подій (ситуацій), станів облоги, оголошених органами влади у встановленому законом порядку;
- професійних захворювань, а також порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки, правил протипожежної безпеки, правил дорожнього руху;
- будь-яких подій, пов'язаних із застосуванням Застрахованою особою, випробуванням або зберіганням нею вогнепальної зброї або боєприпасів, вибухових або отруйних речовин.

Страховик не визнає випадок страховим та не здійснює страхову виплату:

- до набрання чинності Договором або після закінчення строку дії Договору або періоду страхування, за який сплачено страховий платіж;
- у зв'язку з абортom або операцією вакуум екстракції плода, крім випадків вимушеного переривання вагітності, спричиненого захворюванням або нещасним випадком та/або з метою рятування життя Застрахованої особи;

- у зв'язку з пластичною чи відновлювальною хірургією, косметологічними операціями (у т.ч. планова герніопластика, риноластика, венектомія тощо);

- у зв'язку з лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії, хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- та натуротерапії, у зв'язку з мовною, професійно-технічною, гомеопатичною терапією, голкотерапією, лікуванням сном або музикою тощо, а також лікуванням нетрадиційними методами;

- у зв'язку з наданням послуг медичною установою, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення відповідної лікарської діяльності;

- у зв'язку з реабілітацією, відновлювальним лікуванням та фізіотерапією;

- у зв'язку із здійсненням Застрахованою особою самолікування;

- у зв'язку з прямим чи побічним впливом психічного захворювання Застрахованої особи, якщо під час нещасного випадку Застрахована особа була в неосудному стані;

- у зв'язку з проведенням діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів (включаючи, але не обмежуючись ін'єкції ліків);

- у зв'язку з недотриманням Застрахованою особою призначень та рекомендацій лікаря, порушенням режиму лікувального закладу.

У окремих випадках, Страховик може прийняти рішення про визнання події, віднесеної до винятків із страхових випадків, страховим випадком та здійснити страхову виплату у межах лімітів, що погоджуються Сторонами окремо. Таке рішення приймається Страховиком на власний розсуд, Страхувальник не має права вимагати здійснення виплати за такими випадками всупереч волі Страховика.

Підставою для відмови у страховій виплаті є:

- отримання Застрахованою особою медичні та інших послуг, які не передбачені Програмою медичного страхування, та/або без попереднього звернення до цілодобового сервісного центру Страховика, окрім випадків, коли існувала реальна загроза життю Застрахованої особи у випадку неотримання таких послуг;

- навмисні дії страхувальника (застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. Кваліфікація дій страхувальника або осіб, допущених до керування ТЗ, встановлюється відповідно до законодавства України;

- вчинення страхувальником (застрахованою особою) умисного

		<p>кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <ul style="list-style-type: none"> - подання страхувальником (застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування (в тому числі повідомлення страхувальником (застрахованою особою) заздалегідь неправдивих відомостей про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладення договору), обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; - несвоєчасне повідомлення страхувальником (застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків); - наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором та Програмою страхування; - порушення (невиконання або неналежне виконання) Страхувальником (Застрахованою особою) обов'язків, передбачених Договором; - ненадання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку (витрат), та які необхідні для прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (страхового акту), подання документів, оформлених з порушеннями дійсних норм (відсутні номери, печатки чи дати, наявність виправлень), подання документів, оформлених неналежним чином, зокрема таких, що містять недостовірну інформацію щодо строку, причин та обставин страхового випадку та розміру збитку (витрат); - умисне невжиття Страхувальником (Застрахованою особою) необхідних та доступних заходів з метою зменшення розміру заподіяної шкоди (збитків); невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я і, відповідно, до збільшення розміру страхових виплат; - виявлення факту того, що обсяг та характер шкоди (збитків) не відповідають причинам та обставинам страхового випадку; - наявність інших підстав, встановлених договором страхування та/або законодавством України. <p>Рішення страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхового відшкодування може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.</p> <p>Виключний перелік винятків із страхових випадків та підстав для відмови у страховій виплаті визначається у договорі страхування з урахуванням умов відповідної Програми страхування.</p>
--	--	---

20

4. Інша інформація

21

Форма договору страхувальника

Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, із урахуванням вимог порядку укладання та підписання договорів, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та інших вимог чинного законодавства України, нормативно-правових актів Національного банку України, що визначають порядок укладання та підписання договорів на ринках небанківських фінансових послуг.

Договір оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в

		порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Головний офіс 04073, Київ, пр. Бандери Степана, 22 Відокремлені підрозділи страховика: з переліком можна ознайомитись за посиланням https://www.express-insurance.com.ua/downloads/Vidokremleni_pidrozdili.pdf Вебсайт страховика – https://www.express-insurance.com.ua/ Страхові посередники: з переліком можна ознайомитись за посиланням https://www.express-insurance.com.ua/downloads/Agents.pdf
23	Інша інформація про страховий продукт	Інформація про страховий продукт розміщена у відкритому доступі на веб-сайті Страховика в Розділі «Страхові продукти» за посиланням: https://www.express-insurance.com.ua/productsdms . Перелік опцій страхування (складових страхового покриття) за Програмами медичного страхування є додатком до Загальних умов страхового продукту.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	<u>Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування»</u> <u>Додаток до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» - «Перелік опцій страхування (складових страхового покриття) за Програмами медичного страхування»</u> розміщені як окремі документи (файли) у форматі PDF у відкритому доступі на веб-сайті Страховика в Розділі «Страхові продукти» за посиланням: https://www.express-insurance.com.ua/productsdms
25	Перелік відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інформацію про інші обставини, що враховуються під час визначення розміру страхової премії	Обставинами, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, можуть бути наступні (але не виключно) відомості про застраховану особу та її стан здоров'я: вік, стать особи, її дієздатність, умови трудової діяльності, спосіб життя (заняття спортом, екстримальні хобі, шкідливі звички, тощо), встановлення групи інвалідності, інвалідності за народженням, отримання травм, перенесення захворювань, хірургічні (оперативні) втручання, наявність таких захворювань: ВІЛ, злоякісні новоутворення, важкі форми захворювання серцево-судинної системи (вади серця, хронічна недостатність кровообігу: ІА, ІБ, ІІІ ст), інсулінозалежного цукрового діабету, епілепсії, захворювань серця (включаючи, але не обмежуючись інфарктом міокарду), хронічних захворювань нервової системи (включаючи, але не обмежуючись інсультом), наявність хвороб, які потребують диспансерного нагляду, загальний стан здоров'я (за результатами проходження попереднього медичного огляду/обстеження, в т.ч. за вимогою страховика та/або лікарем, призначеним страховиком), перебування на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах, віднесення особи до ризикових категорій, наявність інших обставин, що можуть бути віднесені до винятків із страхових випадків та/або обмежень страхування. Відповідальність за достовірність та повноту інформації (документації), наданої страхувальником страховику при укладенні договору, несе страхувальник. Страховик вправі вимагати від Страхувальника надання іншої додаткової інформації та документів, необхідних для оцінки страхового ризику при укладанні договору, в тому числі проходження медичного обстеження/огляду за вимогою страховика та/або лікарем, призначеним страховиком.
26	Застереження для споживача	Страхувальник зобов'язаний ознайомитись до укладення договору з інформацією про: 1. винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті (п.19 Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Медичне страхування»);

		<p>2. розмір страхової суми (ліміти відповідальності страховика) (п.10 Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Медичне страхування»);</p> <p>3. страхові ризики та обмеження страхування (п.8 Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Медичне страхування»);</p> <p>4. порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат (п.18 Інформаційного документу про стандартний страховий продукт «Медичне страхування»).</p>
--	--	---