

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказом Генерального директора
ТДВ «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ»

№ 21/24 від «27» червня 2024 р.



**Загальні умови страхового продукту
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»
(далі – Загальні умови)**

1	Страховий продукт	Медичне страхування		
2	Страховик	Товариство з додатковою відповідальністю «Експрес Страхування» (скорочене найменування ТДВ «Експрес Страхування») Код ЄДРПОУ 36086124		
3	Введення в дію	15.07.2024	Строк дії редакції	до прийняття нової редакції загальних умов страхового продукту
4	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	<p>Страховий продукт – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів (страхувальників) в отриманні страхової послуги.</p> <p>Програма страхування - строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу (страхувальнику) окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.</p> <p>Програма медичного страхування (Програма страхування) - програма, згідно з якою застрахованій особі в разі настання страхового випадку організується та надається медико-санітарна та інша пов'язана допомога певного переліку та якості. Програма страхування обирається страхувальником при укладенні договору страхування.</p> <p>Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору страхування.</p> <p>Договір страхування – письмова угода між страховиком і страхувальником, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (вигодонабувачу), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.</p> <p>Страховик - Товариство з додатковою відповідальністю «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ».</p> <p>Страхувальник - юридична особа будь-якої організаційно-правової форми, дієздатна фізична особа, в тому числі зареєстрована як суб'єкт підприємницької діяльності, яка уклала із страховиком договір добровільного медичного страхування.</p> <p>Страхувальники мають право укладати договори страхування стосовно себе або третіх осіб за їх згодою.</p> <p>Застрахована особа - фізична особа, стосовно якої страхувальником укладений із страховиком договір страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування. Якщо страхувальником – фізичною особою укладено договір страхування стосовно себе, то він одночасно є застрахованою особою. Якщо страхувальником - юридичною особою укладено договір страхування працівників підприємства або групи осіб, то застрахованими</p>		

особами є фізичні особи, які перебувають зі страхувальником в трудових відносинах або є членами родини цих осіб, та які внесені в список застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною договору страхування.

Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства.

Одержувач страхової виплати - особа, яка одержує страхову виплату згідно з умовами договору страхування:

- заклади охорони здоров'я, інші установи, що забезпечують надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником Програми медичного страхування, які згідно з договором про співробітництво із страховиком (асистуючою (сервісною) компанією) організують та надають медико-санітарну та пов'язану допомогу застрахованій особі при настанні страхового випадку;
- Застрахована особа, у разі оплати медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги безпосередньо застрахованою особою та/або у разі придбання застрахованою особою самостійно відсутніх у закладі охорони здоров'я або іншому закладі необхідних лікарських засобів (медикаментів), за попереднім узгодженням із страховиком (асистуючою (сервісною) компанією);
- асистуюча (сервісна) компанія;
- спадкоємець (-ці) Застрахованої особи згідно з законодавством України, у разі смерті застрахованої особи, якщо вона самостійно оплатила отриману медико-санітарну та іншу пов'язану допомогу.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

Агрегатна страхова сума – грошова сума, в межах якої страховик зобов'язується здійснити страхову виплату за кожним страховим випадком, що стався протягом строку дії договору. При цьому страхова сума на Застраховану особу після здійснення страховиком кожної страхової виплати зменшується на суму проведеної страхової виплати з дня такої виплати. Всі наступні страхові виплати здійснюватимуться пропорційно співвідношенню зменшеної страхової суми на Застраховану особу до страхової суми таку особу на дату укладання договору.

Страхова виплата - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату страхувальнику/застрахованій особі/Медичному закладу або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.

Страховий тариф - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

Страховий платіж (страхова премія) - плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з договором страхування.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з умовами договору страхування. Договором страхування може бути передбачена франшиза, розмір якої змінюється в залежності від кількості страхових випадків, що сталися протягом строку дії договору страхування.

Франшиза безумовна - визначена договором страхування частина

збитків, яка не підлягає відшкодуванню страховиком за кожним та будь-яким страховим випадком, який стався протягом дії договору страхування. При **часовій франшизі** страхова виплата не виплачується, якщо обумовлена договором страхування подія сталася до певного строку, вказаного у договорі страхування, або якщо дія обставин, передбачених договором страхування, не закінчилася до визначеного договором страхування моменту тощо.

Асистуюча (сервісна) компанія - юридична особа будь-якої організаційно-правової форми, дієздатна фізична особа, в тому числі зареєстрована як суб'єкт підприємницької діяльності, що виконує спеціалізовані координаційні, диспетчерські, організаційні, консультаційні, транспортні та інші функції, яка діє від імені та за дорученням страховика і координує дії застрахованої особи при настанні страхового випадку та організовує оплату медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги.

Амбулаторія - лікувально-профілактична установа, призначена для надання застрахованій особі амбулаторно-поліклінічної медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги.

Амбулаторно-поліклінічна медико-санітарна допомога - організована та регулярна медико-санітарна та інша пов'язана допомога, що надається застрахованій особі в амбулаторних умовах. Амбулаторно-поліклінічна медико-санітарна допомога може також надаватись спеціалістами закладу охорони здоров'я вдома чи за місцем знаходження Застрахованої особи.

Загострення хронічного захворювання - посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання медико-санітарної допомоги.

Заклади охорони здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, і з якими Страховиком або асистуючою (сервісною) компанією укладені договори про надання Застрахованим особам медико-санітарної та пов'язаної допомоги в обов'язі згідно з Програмами страхування. Медичні заклади поділяються на базові та консультативно-діагностичні. Медичні заклади зазначаються у договорі страхування для надання застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги при настанні певних подій, визначених договором страхування (страхових ризиків).

Захворювання - погіршення у застрахованої особи фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні, викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання медико-санітарної чи пов'язаної допомоги. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану.

Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, не пов'язане із медичним станом Застрахованої особи, який існував до моменту виникнення захворювання, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медико-санітарної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрозувати її життю.

Хронічне захворювання - це захворювання (хвороба), що поступово виникло самотійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю (більше 6 місяців) з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії (частіше 3-х рази на рік) та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів/

Ускладнення захворювання - новий медичний стан застрахованої особи або нове захворювання, анатомічно чи фізіологічно пов'язане або не пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами його виникнення є захворювання, що вже існувало.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі застрахованої особи (страхувальника, вигодонабувача) подія, що фактично відбулася під час дії та на території дії договору страхування внаслідок впливу зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я застрахованої особи та/або її смерті.

Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку - травматичне ушкодження здоров'я (травми, у т. ч. отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, тепловий удар, обмороження, опік, переохолодження (за винятком застудного захворювання), утоплення, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками (крім випадків самолікування), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо; зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, ботулізмом, малярією, правцем, сказом; вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій, ушкодження в кінцівках внаслідок нещасного випадку.

Домашній стаціонар - система організації надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги в домашніх умовах із залученням для цього медичного персоналу для тих Застрахованих осіб, клінічний стан яких вимагає безпосередньої участі або контролю з боку медичного персоналу при відсутності протипоказань на надання цієї допомоги в домашніх умовах.

Денний стаціонар - система організації надання в стаціонарних умовах амбулаторно-поліклінічної медико-санітарної допомоги Застрахованим особам, клінічний стан яких потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час надання цих послуг лише в денний період, без необхідності знаходження Застрахованої особи в стаціонарі цілодобово.

Довірений лікар страховика - лікар-працівник страховика, зазначений в договорі страхування, який протягом строку дії договору страхування веде спостереження за станом здоров'я застрахованої особи, здійснює організацію надання застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги, ліків та товарів медичного призначення тощо, відповідно до умов, передбачених Програмою страхування.

Індивідуальна медична картка – іменний документ, що видається

Застрахованій особі при укладенні договору страхування та містить довідкову інформацію (строк дії договору страхування, індивідуальної медичної картки, координати, за якими необхідно звертатись при настанні страхового випадку тощо).

Декларація про стан здоров'я – документ встановленої Страховиком форми, який подається страхувальником або застрахованою особою при укладенні договору страхування та містить інформацію про стан здоров'я застрахованої особи, з метою визначення страхового ризику та прийняття страховиком рішення щодо укладення договору страхування.

Лікар - фахівець у галузі охорони здоров'я із закінченою вищою медичною освітою, який відповідно до законодавства та єдиних кваліфікаційних вимог має право займатися професійною медичною діяльністю. Лікар може працювати в закладі охорони здоров'я будь-якої форми власності чи самостійно, надаючи медико-санітарну допомогу застрахованим особам у порядку здійснення індивідуальної медичної діяльності.

Сімейний лікар (лікар загальної практики - сімейної медицини) – лікар, який отримав спеціалізовану багатoproфільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-якого віку та статі, визначений страховиком та/або асистуючою (сервісною) компанією для обслуговування наперед визначеного кола застрахованих осіб.

Лікарські засоби (медикаменти) - фармацевтичні препарати, рідини та компоненти для переливання, виготовлені з донорської крові, витратні медичні матеріали, медичний інструментарій, предмети санітарії та гігієни, протези та імпланти, призначені лікарем для надання медико-санітарної чи іншої пов'язаної допомоги застрахованій особі, використання яких дозволено державою на території дії договору страхування та передбачено договором страхування та Програмою страхування.

Ліміт відповідальності (зобов'язань) страховика – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який може встановлюватись при укладенні договору страхування по окремих Програмах страхування та/або по окремих видах медичних послуг.

Медична послуга - дія, яка має вартісну оцінку та спрямована на профілактику, діагностику, лікування захворювання або медичну реабілітацію застрахованої особи із залученням медичного та іншого персоналу закладу охорони здоров'я чи асистуючої (сервісної) компанії.

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Медико-санітарна допомога - комплекс цілеспрямованих дій та заходів щодо сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, проведення ранньої діагностики, лікування осіб з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітації хворих та інвалідів.

Медична евакуація - транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до закладу охорони здоров'я, де може надаватися медико-санітарна допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи, умовами договору страхування та Програмою страхування.

Медичне транспортування - транспортування застрахованої особи та/або супроводжуючої її особи до/чи із закладу охорони здоров'я в зв'язку з її медичним станом.

Медичний персонал - колектив лікарів, медичних сестер (фельдшерів, акушерок), молодших медичних працівників (санітарок), призначений адміністрацією закладу охорони здоров'я та визначений страховиком або асистуючою (сервісною) компанією для надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги Застрахованій особі.

Медичний стан - офіційно визначена лікарем та підтверджена первинною та/або вторинною медичною документацією медична характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи з точки зору необхідності надання чи ненадання їй тієї чи іншої медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги.

Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Невідкладна медична допомога - надання медико-санітарної чи пов'язаної допомоги Застрахованій особі бригадою невідкладної медичної допомоги, сімейним лікарем або дільничним педіатром чи терапевтом.

Невідкладна стоматологічна допомога - медико-санітарна допомога Застрахованій особі при гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямована на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

Нозологія – термін 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.

Планова стоматологічна допомога - медико-санітарна допомога Застрахованій особі, спрямована на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фігур, встановлення планових постійних та тимчасових пломб, планове видалення зуба тощо).

Планова медико-санітарна допомога - надання амбулаторно-поліклінічної чи стаціонарної медико-санітарної допомоги Застрахованій особі в плановому порядку при відсутності прямої безпосередньої загрози її життю та при клінічній можливості відстрочення надання цієї допомоги.

Пов'язана допомога - допомога немедичного характеру, спрямована на профілактику захворювання, прискорення одужання та покращення обслуговування застрахованої особи, що пов'язана з наданням застрахованій особі медико-санітарної допомоги та передбачена Програмою страхування.

Репатріація - транспортування тіла застрахованої особи та/або перевезення супроводжуючої його особи у разі смерті Застрахованої особи при виникненні страхового випадку до постійного місця проживання, вказаного в договорі страхування, або до іншого місця, згідно з умовами договору страхування та Програми страхування.

Стаціонар - заклад охорони здоров'я, призначений для надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги застрахованій особі в стаціонарних умовах цілодобово, з постійним перебуванням застрахованої особи в закладі охорони здоров'я протягом призначеного лікарем курсу лікування.

Стаціонарна медико-санітарна допомога - медико-санітарна та пов'язана допомога, що надається застрахованій особі в умовах стаціонару протягом строку, що перевищує 24 години.

Фаза ремісії - період хронічного захворювання застрахованої особи, що

		<p>настав спонтанно або внаслідок надання медичної послуги та інших пов'язаних послуг, для якого характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи при відсутності безпосередньої загрози її життю та працездатності.</p> <p>Відповідні компетентні органи - державні органи, органи місцевого самоврядування, до компетенції яких належить ліквідація наслідків подій, що в подальшому можуть бути кваліфіковані як страхові випадки, встановлення причин та обставин настання таких подій, оцінка їх наслідків.</p>
5	Клас страхування, ризику	<p>Клас страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, визначений пунктом 2 частини першої статті 4 Закону України «Про страхування».</p> <p>Ризик «медичне страхування» у межах класу страхування 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), включаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором страхування.</p>
6	Умови страхового покриття за договором страхування	<p>Загальні умови страхового продукту передбачають варіанти страхування на вибір страхувальника (програми медичного страхування) з набором опцій страхування (складових страхового покриття), перелік яких з відповідними лімітами відповідальності страховика визначений в Додатку до цих Загальних умов страхового продукту.</p> <p>Обсяг страхового покриття (включаючи характеристики об'єкту страхування, конкретний перелік страхових ризиків, випадків, виключення із страхових випадків та обмеження страхування, умови опцій страхування) визначаються в договорі страхування за згодою сторін.</p> <p>В залежності від обраної за згодою сторін програми страхування, варіанту відповідних опцій страхування та встановлених лімітів, умов договору страхування можуть включати або не включати окремі складові страхового покриття.</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>Об'єкт страхування – життя, здоров'я, працездатність застрахованої особи.</p> <p>Страховим ризиком є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.</p> <p>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.</p> <p>Страхова сума та/або ліміти відповідальності страховика можуть бути визначені за договором страхування в цілому, за Програмою страхування,</p>

		<p>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 страховика) є агрегатною (зменшується після кожної страхової виплати), якщо інше не обумовлено в договорі страхування за згодою Сторін.</p> <p>Територія дії договору Україна (за виключенням територій, на яких ведуться (не завершенні) бойові дії та/або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), в їх адміністративних межах відповідно до чинного на дату настання події Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, затвердженого Наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України від 22 грудня 2022 року № 309 (зі змінами).</p>
7	<p>Перелік інформації, яку страховальник зобов'язаний повідомити страховику (страховому посереднику) перед укладенням договору страхування</p>	<p>Страховальник перед укладенням договору страхування зобов'язаний повідомити страховику (страховому посереднику) інформацію, на підставі якої ідентифікується страховальник та об'єкт страхування, а також інформацію, яка має істотне значення для прийняття страховиком рішення про укладення договору страхування та/або про розмір страхового платежу за договором страхування, а саме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) інформацію, на підставі якої ідентифікується страховальник та застраховані особи відповідно до вимог чинного законодавства України (власні персональні дані) та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних»; 2) відомості про застрахованих осіб, життя, здоров'я та працездатність яких є об'єктом страхування, включаючи наявність страхового інтересу страховальника (трудових та/або родинних відносин тощо) та/або вигодонабувача, у разі визначення такої особи в договорі страхування (його прізвище, ім'я та по батькові (за наявності), дату народження або найменування); інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкту страхування; 3) обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків); <p>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: ПА, ПБ, 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.</p> <p>Відповідальність за достовірність та повноту інформації (документації),</p>

		<p>наданої страхувальником страховику при укладенні договору, несе страхувальник.</p> <p>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.</p>
8	<p>Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору</p>	<p>Страхувальник має право:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ознайомитись з умовами договору та інформацією про Страховий продукт, Програми страхування, страховика, страхового посередника (у разі його залучення), в обсязі згідно з вимогами статтей 85 - 88 Закону України «Про страхування», а також інформацією, передбаченою статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», в тому числі на веб-сайті страховика за адресою: www.express-insurance.com.ua/about; - у разі настання страхового випадку - на отримання страхової виплати в порядку та на умовах, визначених в Договорі; - вимагати забезпечення організації надання та оплати наданої Застрахованій особі медичної допомоги (медичних та інших послуг) в межах обсягів, передбачених Договором та Програмою медичного страхування; - на відмову від Договору в порядку та у випадках, передбачених статтею 107 Закону України «Про страхування» та Договором; - достроково припинити дію договору страхування в порядку та у випадках, передбачених статтею 105 Закону України «Про страхування» та договором страхування; - достроково припинити дію договору страхування стосовно будь-якої застрахованої особи, про що страхувальник надає страховику письмову заяву не пізніше дати припинення дії договору страхування відносно певної застрахованої особи; - за згодою страховика застрахувати додатково осіб за договором страхування, з оплатою додаткового страхового платежу, про що укладається додаткова угода до договору страхування. - за згодою страховика внести зміни до умов договору страхування, про що у письмовій формі укладається додаткова угода до договору страхування; - вимагати забезпечення організації надання та оплати наданої застрахованій особі медичної допомоги (медичних та інших послуг) в межах обсягів, передбачених договором та Програмою медичного страхування; - на отримання дублікату Договору страхування у разі втрати оригіналу. Страховик видає дублікат Договору страхування протягом 5-ти (п'яти) робочих днів з дати отримання письмової заяви про видачу дублікату Договору страхування. Видача копії чи дублікату Договору страхування не впливає на чинність Договору страхування. З моменту видачі дублікату втрачений екземпляр Договору страхування (оригінал) вважається недійсним; - оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України. <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 Страховикомі 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 укладанням 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.

Страховик має право:

- під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження застрахованих осіб та за їх результатами приймати рішення щодо укладання договору страхування;
- перевіряти надану страхувальником інформацію;
- у разі необхідності робити запити про надання відомостей щодо події,

що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також можуть самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

- відмовити у страховій виплаті за наявності підстав та на умовах, передбачених договором страхування;
- достроково припинити дію договору страхування в порядку та у випадках, передбачених статтею 105 Закону України «Про страхування» та договором страхування;
- змінювати умови договору страхування за згодою страхувальника шляхом укладення додаткової угоди до договору страхування;
- при підвищенні цін на медичні та/або інші послуги, що надаються за Програмою медичного страхування, а також при підвищенні цін на лікарські препарати більш ніж на 30% (тридцять відсотків) протягом строку дії договору страхування, окремі пункти Програми медичного страхування або страхові тарифи (в частині ще не сплачених страхувальником сум) за договором страхування можуть переглядатися страховиком та повинні бути погоджені зі страхувальником не пізніше ніж за 30 календарний днів до дати здійснення відповідного платежу на поточний рахунок страховика. У будь-якому випадку таке підвищення вартості договору не може перевищувати 30% від початково погоджених, але не сплачених сум страхових тарифів;
- у разі отримання інформації про обставини, що стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати від Страхувальника зміни умов Договору та сплати Страхувальником додаткового страхового платежу. Невиконання Страхувальником цієї умови надає право Страховикові при настанні страхових випадків відмовити у страховій виплаті стосовно події, що сталася внаслідок збільшення страхового ризику;
- при наявності сумнівів в підставах для страхової виплати відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав, але не більше, ніж на 60 (шістдесят) робочих днів. Про таку відстрочку страхувальник має бути повідомлений страховиком протягом 7 (семи) календарних днів з дати прийняття відповідного рішення, з викладенням обґрунтованих причин такої відмови;
- під час дії всього строку позовної давності, передбаченого законодавством України, вимагати повернення здійсненої страхової виплати, якщо на те виникнуть обґрунтування, передбачені законодавством чи договором;
- розкривати інформацію, що становить таємницю страхування у випадках визначених частиною 4 статті 113 Закону України «Про страхування».

Страховик зобов'язаний:

- надати страхувальнику інформацію про умови договору, Страховий продукт, Програми страхування, страховика, страхового посередника (у разі його залучення), в обсязі згідно з вимогами статей 85 - 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 www.express-insurance.com.ua/about.
- 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.

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;
- виконувати призначення лікуючого лікаря;
- 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 це Страховика будь-яким доступним способом;
- 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.

Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору:

Страховальник (застрахована особа) несе відповідальність згідно з законодавством за достовірність наданих даних та відомостей.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати страхувальнику (вигодонабувачеві) неустойки (штрафу, пені) **в розмірі подвійної облікової ставки НБУ**, що діяла на момент такої несплати від суми несвоєчасно здійсненої виплати за кожен день прострочки.

У випадку необґрунтованої відмови медичної установи у наданні застрахованій особі послуг, передбачених договором страхування або неповного надання медичної допомоги, страховик, після отримання відповідної письмової заяви застрахованої особи/страховальника, у найкоротший строк вживає заходів щодо забезпечення надання застрахованій особі цих послуг у повному обсязі.

У випадку ліквідації, зміни переліку послуг, а також інших об'єктивних причин, незалежних від страховика, внаслідок яких Застрахована особа не може обслуговуватися в медичній установі, відповідно до обраної Програми страхування, страховик гарантує оплату медичних послуг в іншому медичному закладі з аналогічним рівнем цін на медичні послуги і рівнем якості наданих цих послуг.

Сторони не несуть відповідальності за невиконання умов Договору у разі, якщо таке невиконання є прямим результатом безпосереднього впливу

		<p>обставин непереборної сили. Після припинення дії (впливу) обставин непереборної сили, зобов'язання по Договору, строк виконання яких настав, підлягають негайному виконанню.</p> <p>Договором страхування можуть бути передбачені інші та/або додаткові права, обов'язки та відповідальність Сторін та обов'язки Застрахованої особи.</p>
9	<p>Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки</p>	<p>Будь-які зміни до договору страхування вносяться шляхом укладання додаткової угоди до договору страхування, яка стає невід'ємною частиною договору страхування з дати її підписання сторонами.</p> <p>Дія договору припиняється та договір втрачає чинність за взаємною письмовою згодою сторін, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закінчення строку дії договору страхування; - виконання страховиком своїх зобов'язань перед страхувальником (застрахованою особою) у повному обсязі; - смерті застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено про страхування декількох осіб, у разі смерті однієї застрахованої особи договір страхування припиняє дію тільки відносно цієї застрахованої особи; - ліквідації страхувальника - юридичної особи, за винятком випадків, передбачених 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). <p>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 договору;</p> <ul style="list-style-type: none"> - набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним; - 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 страхування. 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 страхування 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 вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору, в розмірі, зазначеному в договорі страхування, та</p>

		<p>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> <p>Якщо в період дії договору застрахована особа стає за визначенням суду недієздатною, дія договору страхування стосовно даної застрахованої особи припиняється. В цьому разі страховик повертає страхувальнику частку страхового платежу пропорційно періоду, що залишився до закінчення дії договору відносно конкретної застрахованої особи, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням та фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором страхування.</p>
10	Порядок відмови від договору страхування	<p>Страховальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, крім:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 (тридцяти) календарних днів; 2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку; <p>Про намір відмовитися від договору страхування страховальник повідомляє страховика у письмовій (електронній) формі.</p> <p>Страховик зобов'язаний повернути страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом періоду страхування не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
11	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 медичного 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 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>
12	Порядок розрахунку страхових виплат	<p>За класом страхування 2 можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати в разі настання страхового випадку:</p>

		<p>1) фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;</p> <p>2) відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;</p> <p>3) поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.</p> <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>Договором страхування за згодою Сторін може бути передбачений інший порядок розрахунку страхової виплати.</p>
13	<p>Умови здійснення страхових виплат</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> <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.</p> <p>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.</p> <p>Страхова виплата здійснюється протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дати надання Страховику всіх необхідних документів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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, завірений 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 призначених 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/ довіреній 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

- 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.

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.

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.

Страховик має право відстрочити страхову виплату, про що зобов'язаний повідомити страхувальника (одержувача страхової виплати) в письмовій формі протягом **5 (п'яти) робочих днів** (якщо інший строк не передбачений договором страхування), у випадках, коли:

- не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розмір шкоди, обставини, які підтверджують право одержувача страхової виплати на її одержання - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 60 (шістдесят) робочих днів з дати отримання страховиком останнього документу, необхідного для з'ясування обставин, причин настання страхового ви-падку та розміру шкоди;

- проти страхувальника (одержувача страхової виплати) порушено кримінальне провадження, що має безпосереднє відношення до страхового випадку – до винесення остаточ-ного рішення по цьому кримінальному провадженню;

		<ul style="list-style-type: none"> - страхувальником не сплачено страхові платежі за періоди страхування, що лишилися до кінця дії договору страхування – до оплати платежів; - в інших випадках, передбачених договором страхування – однак не більше, ніж на 60 (шістдесят) робочих днів з дати отримання від страхувальника (одержувача страхової виплати) останнього документу, необхідного для з'ясування обставин, причин настання страхового випадку та розміру шкоди. <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 можуть бути передбачені інші умови здійснення страхової виплати.</p>
14	<p>Підстави відмови у страховій виплаті</p>	<p>Підставою для відмови у страховій виплаті є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; - 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

		<p>укладення договору), обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>Виключний перелік підстав для відмови у страховій виплаті наведено у договорі страхування з урахуванням умов відповідної Програми страхування.</p> <p>Рішення страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхового відшкодування може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.</p>
15	<p>Порядок укладення договору страхування</p>	<p>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, та 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.</p> <p>Договір страхування укладається на підставі письмової заяви страхувальника або страхувальник іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. Страховик вправі вимагати від страхувальника надання додаткової інформації та документів, необхідних для оцінки страхового ризику. Після укладення договору страхування письмова заява на страхування стає його невід'ємною частиною. Страхувальник несе відповідальність за достовірність та повноту даних,</p>

		<p>представлених ним страховику під час укладення договору страхування. Подання заяви на страхування не зобов'язує ні страховальника, ні страховика укласти договір страхування.</p> <p>Страховик має право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин.</p> <p>Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі сторін, якщо умовами договору страхування не передбачено інше.</p> <p>Укладення договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, сертифікатом.</p> <p>Договором страхування можуть бути встановлені додаткові вимоги та особливості порядку укладення договору страхування.</p>
16	<p>Винятки із страхових випадків та обмеження страхування</p>	<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, якщо захворювання, травматичні ушкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи виникли:

- 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..

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 рятуння 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.

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 з 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 наданими) 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 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, пересадку 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 препаратми;
- 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 – рілізінг - 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, атопічний дерматит, вугрова хвороба; демодекоз, короста; демієлінілізуючі 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 радикуліті; хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріїт, 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);
- 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, кандідозні вульвовагініти і баланопостіти, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві бородавки, генітальний контагіозний моллюск, гарднерольозний вагініт, уреаплазмоз, 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.

Страховик не відшкодовує моральні збитки та не сплачує та не організовує наступні товари та послуги:

- 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

		<p>звернунні сплачується застрахованою особою самостійно у розмірі повної вартості наданих послуг;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Виключний перелік винятків із страхових випадків та обмежень страхування наведено у договорі страхування з урахуванням умов відповідної Програми страхування.</p> <p>У окремих випадках, Страховик може прийняти рішення про визнання події, віднесеної до винятків із страхових випадків, страховим випадком або 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>
17	Порядок вирішення спорів	<p>З метою врегулювання спірних питань під час надання послуг страхування страхувальник (застрахована особа) має обрати наступні способи захисту своїх прав та/або інтересів:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Безпосереднє звернення до страховика. Розгляд звернень страхувальників (застрахованих осіб) здійснюється відділом інформаційної підтримки клієнтів ТДВ «Експрес Страхування». Страхувальники можуть звернутись з письмовим зверненням шляхом направлення поштовою кореспонденцією за адресою: 04073, місто Київ, пр. Бандери Степана, 22 або шляхом направлення електронного повідомлення на адресу: info@express-group.com.ua. – Звернення зі скаргою до: <ul style="list-style-type: none"> - Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (місцезнаходження 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1); - Управління захисту прав споживачів фінансових послуг Національного банку України (Адреса для листування: вул. Інститутська, 9, м. Київ-8, 01601; адреса для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ-8, 01601, телефон: 0 800 505 240; e-mail: nbu@bank.gov.ua); посилання на сторінку НБУ для захисту прав споживачів: https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection. – Вирішення спору в судовому порядку.
18	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>Цілодобовий контакт-центр страховика за номером: 0 800 502 300 073 073 88 17 +38 (044) 594-87-00 dc@express-group.com.ua</p>
19	Гранична максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування за таким страховим продуктом	<p>40% від суми страхового тарифу</p>

